Nr. 2 Warszawa, Kwiecień 1930. Tom II.

Gastrologja Polska

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA GASTROLOGICZNEGO, POŚWIĘCONY CIERPIENIOM PRZEWODU POKARMOWEGO I PRZEMIANY MATERJI.

REDAKTOR: Dr. BRONISŁAW WEJNERT.
WYDAWCA: Dr. IGNACY GRUNDZACH.

Redakcja: Marszałkowska 73, tel. 115-12, od 10 do 11.
Administracja: Marszałkowska 71, Drukarnia „SIŁA", tel. 334-48.
Roczna przedpłata za 1 tom (4 zeszyty) zł. 8.
Konto czekowe P. K. O. Nr. 17-285.
WARSZAWA
1930.

Nr. 2. Warszawa, Marzec 1930. Tom II.

Gastrologja Polska

Les resumes des travaux originaux en langues etrangères se trouvent à la fin du numéro.

Redaktor: Dr. med. B. Wejnert | Wydawca: Dr. I. Grundzach.

Przemówienie D-ra Bronisława Wejnerta, vice-Prezesa Pol. Tow. Gastrologicznego.

Na Posiedzeniu Uroczystem w dn. 18 grudnia 1929 r. przy wręczaniu Dypiomów na Członków Honorowych D-rom Ignacemu Grundzachowi i Salomonowi Mintzowi.

Szanowni Panowie! W dniu 22 maja r. b. na Posiedzeniu Walnem Pol. Tow. Gastrologicznego zapadła jednomyślna uchwała o nadaniu tytułu Członków Honorowych dwóm Nestorom Gastrologji Polskiej: Ignacemu Grundzachowi i Salomonowi Mintzowi. Jeżeli przywykliśmy uważać Mikołaja Rejchmana i Walerego Jaworskiego za Ojców Gastrologji Polskiej — to Ignacy Grundzach i Salomon Mintz są niewątpliwie jej Synami pierworodnymi. Przez te słowa nie chciałbym urazić ani uszczuplić zasług tych starszych lekarzy, którzy też mają piękne karty w historji rozwoju Gastrologji, lecz nie oddawali się nigdy całkowicie i wyłącznie tej specjalności, ewentualnie nie należeli też do naszego Towarzystwa. Dwaj nasi Członkowie Honorowi przez długi szereg lat pielęgnując piękne tradycje Rejchmanowskie,

nieśli wysoko sztandar Gastrologji Polskiej, przyczyniając się wybitnie swemi licznemi pracami naukowemi do rozwoju tej dziedziny wiedzy lekarskiej. Nie będę tu poddawał drobiazgowemu rozbiorowi tych prac naukowych, ani tem mniej wyliczał zasług przy organizacji i prowadzeniu naszego Towarzystwa, przy tworzeniu pisma „Gastrologji Polskiej" i t. d. A nie uczynię tego z tej przyczyny, iż, chwała Bogu, bilans prac naukowych naszych Członków Honorowych i działalności ich obywatelskiej i społecznej nie jest bynajmniej zamknięty. Wszak nie mamy przed sobą zgrzybiałych sędziwych staruszków, steranych wiekiem i wycofanych z obiegu—odwrotnie widzimy dzielnych lekarzy, czynnych Członków naszego Towarzystwa, interesujących się najnowszymi postępami wiedzy lekarskiej i w tych postępach stały osobisty udział biorących, wreszcie zacnych kolegów, zawsze gotowych dzielić się z młodszą generacją swem bogatem doświadczeniem.

Pol. Tow. Gastrologiczne może nie jest tak liczne, może nie jest tak popularne, jak inne Instytucje Lekarskie o mniej wąskim zakresie specjalności, lecz przypomnieć tu muszę—jest ono jednem z najstarszych Tow. Lekarskich działających na terenie dawnego Zaboru Rosyjskiego—a ponadto jednem z najstarszych Towarzystw Gastrologicznych na świecie. To sędziwe rzec można Towarzystwo w ciągu lat 20-tu swego istnienia nie przyznało dotąd nikomu jeszcze tytułu Członka Honorowego. Jest to pierwszy acz podwójny wypadek w życiu naszego Towarzystwa. Fakt powyższy mówi sam za siebie. Widać aż nadto wyraźnie, że Pol. Tow. Gastrologiczne nie szafuje zbyt hojnie dyplomami honorowemi i nie uważa ich za akt grzecznościowej kurtuazji, lecz wymaga od kandydatów kwalifikacji poważnych.

To też, spełniając ten miły i zaszczytny obowiązek, zlecony Zarządowi przez Zebranie Walne, proszę Czcigodnych Członków Honorowych o przyjęcie tych Dyplomów, jako znaków widomych prawdziwego koleżeńskiego uznania.

W sprawie nowotworów jelit.

podał
Dr. Med. BRONISŁAW WEJNERT.

Jedną z plag ludzkości, wysuwającą się w ostatnich czasach coraz to bardziej na pierwszy plan, są niewątpliwie nowotwory, uznane już we wszystkich krajach cywilizowanych za klęskę społeczną, do walki z którą staje cały szereg towarzystw, lig i komitetów, liczących już dziś tysiące członków, wydających swe pisma, posiadających zakłady badawcze i setki pracowników.

Nowotwory, jak wiemy, wkraczają we wszystkie działy nauki lekarskiej, najbliżej nich jednak stoją praktycznie: chirurgja, radjologja, ginekologja i gastrologja. Dwie pierwsze z tej racji, iż trzymają w swem ręku najpotężniejsze dziś metody w leczeniu nowotworów, jakiemi są nóż chirurga i energja promieniotwórcza; ginekologja zaś i gastrologja, jako specjalności w zakresie, których nowotwory zdarzają się najczęściej. Wszystkie statystyki bez względu na to kiedy, przez kogo, w jakim kraju robione i na jakich podstawach oparte (czy to na wynikach ankiet, czy na materjale sekcyjnym lub szpitalnym) są między sobą bardzo zgodne, wykazując, iż raki przewodu pokarmowego stanowią przeszło 50% wszystkich raków i są przyczyną śmierci dwa razy częściej, niż rak narządów kobiecych, a 7 razy częściej, niż wszystkie inne raki.

Raport Buchanana w Lidze Narodów (1 paź. 1927 r.) stwierdza wyraźnie, że w Anglji, Holandji i Włoszech rak przewodu pokarmowego pierwsze zajmuje miejsce w stosunku do nowotworów innych narządów. Liczba zaś śmiertelności z powodu raka przewodu pokarmowego ma się do takiejże liczby śmiertelności z powodu raków ginekologicznych (stojących na drugiem miejscu) jak 40,0 do 25,5 w Anglji i 60,0 do 14,4 w Holandji. Przytoczyłem te kilka liczb z raportu Ligi Narodów, niechcąc pominąć poważnego nowego źródła, posiadającego tyle autorytetu, lecz nie sprawia nam ono żadnej niespodzianki. Rzućmy okiem na statystyki sekcyjne: Nobiling z Monachjum

stwierdza, że wśród zmarłych na raka dotknięci rakiem przewodu pokarmowego stanowią 66.3%, Schmidt z Londynu podaje tu cyfrę 61%, dawne statystyki Krokiewicza 60%, nowsze Nowickiego — 64%. Z najnowszych obliczeń dokonanych w ostatnich latach w instytucie Anatom-Patol. w Warszawie przez Hejbowicz-Kuleszynę, która obliczała osobno mężczyzn, osobno kobiety, wynika, że na 350 kobiet zmarłych na raka 176-to rak przewodu pokarmowego (czyli około 50%) zaś na 344 mężczyzn — 210 (czyli około 75%). Przeciętna dla obu płci wahać się będzie około 62%.

Przejdźmy do statystyk szpitalnych. Miałem możność obliczenia na podstawie urzędowych statystyk szpitali w Wiedniu, Berlinie, Hamburgu, Kolonji, Tryjeście, Kopenhadze i Genewie, iż wszędzie chorzy na raka przewodu pokarmowego stanowią więcej niż 50% wszystkich rakowatych przechodzących przez dany szpital. Dotyczy to szpitali ogólnych. W zakładach specjalnych jak oddział rakowy w szpitalu Charité w Berlinie, ośrodki przeciwrakowe w Bordeaux, Lyonie, gdzie osobiście miałem możność przejrzeć wyniki obliczeń, częstość raka w różnych narządach różni się cokolwiek od liczb statystyk szpitali ogólnych, zbliża się natomiast bardzo do naszych najnowszych danych, dostarczonych za ostatnie dwulecie przez Sekcję Koła Pań Polskiego Komitetu do zwalczania raka i obliczeń zrobionych przeze mnie wspólnie z kolegą Niewiadomskim na 1500 notatkach kartoteki Przychodni Pol. Kom. do zw. raka.

Sekcja Koła Pań Polskiego Komitetu do zwalczania raka, opierając się na statystykach zebranych w 20 największych instytucjach leczniczych Warszawy, wykazuje tu cyfrę 27,5%, co zależne jest od specjalnego rodzaju materjału, na którym statystykę przeprowadzono. Mianowicie prócz szpitali ogólnych weszły tu zakłady specjalne, wskutek czego wciągnięto do obliczeń w znacznej ilości nowotwory oka, skóry i inne, które w statystykach szpitali ogólnych żadnej prawie roli nie grają.

Jeszcze niższą cyfrę wykazuje wspomniana powyżej kartoteka Przychodni Pol. Kom. do zwalcz. raka, mianowicie około 20 proc. W tym wypadku też naskutek specjalnego rodzaju materjału, z jakim ma się do czynienia w Przychodni. Zgłasza się tu bowiem wielka ilość raków podlegających leczeniu

radem i Rentgenem oraz osób z recydywami po operacjach ginekologicznych, co w konkluzji w statystyce obniża stosunkową cyfrę dla raków przewodu pokarmowego.

Tem nie mniej i w tych dwuch statystykach rak przewodu pokarmowego zaraz na drugiem stoi miejscu.

Tak więc nie może być wątpliwości, iż zagadnienie raka zarówno jako cierpienia indywidualnego, jak też i klęski społecznej, leży w wielkiej mierze na barkach gastrologów i powinnoby zdaniem mojem więcej wzbudzić zainteresowania i częściej być omawianem w tych sferach, niż to ma miejsce obecnie.

Dlatego też pozwoliłem sobie dziś zająć uwagę Sz. Panów sprawą nowotworów jelit.

Jelita bynajmniej nie są odcinkiem przewodu pokarmowego o najczęstszem umiejscowieniu raka, lecz ze względu na wielką doniosłość w tym wypadku wczesnego rozpoznania i na dodatnie wyniki interwencji lekarskiej, jak to poniżej zobaczymy, zasługują niewątpliwie na szczególną uwagę. Zwróćmy się do specjalnych obliczeń raków przewodu pokarmowego. Statystyki i w tym razie są między sobą zgodne, stwierdzając, iż między rakami przewodu pokarmowego rak żołądka pierwsze zajmuje miejsce, rak jelit - dopiero drugie. (Miklaszewski określa częstość raka żołądka na 48 proc., jelit na 18 proc. Statystyka Przychodni Pol. Kom. do zwalcz. raka 45 i 20 proc. Heybowicz-Kuleszyna-50 proc. i,16 proc. Jeżeli uwzględnimy tylko raki jelit, to się okaże że najczęstszem siedliskiem raka jest kiszka prosta, mianowicie daje ona 69,5 proc. wszystkich raków jelit. Na drugiem miejscu stoi kiszka ślepa i ramię wstępujące kiszki grubej- 11,6 proc. dalej zgięcie esowate-7,5 proc. poprzecznica z ramieniem zstępującem-6,6 proc. wreszcie wyrostek robaczkowy- 2,4 proc. Nowotwory złośliwe jelit cienkich zdarzają się znacznie rzadziej: w jelicie biodrowem stanowią 1,5 proc. w jelicie czczem 0,5 proc. w dwunastnicy 0,3 proc. Przytaczam tu dane statystyk Okińczyca i Tuttlego, które zresztą nie różnią się w zasadzie od obliczeń Heybowicz-Kuleszyny Miklaszewskiego i Przychodni Pol. Kom. do zwalcz. raka.

Od podanych wyżej liczb dla lekarza praktyka o wiele ważniejszemi by były obliczenia choć w przybliżeniu dające pojęcie jak często lekarz wśród swych pacjentów natrafia na raka jelit.

Tego rodzaju statystyka jest oczywiście bardzo trudna ze względu na to, iż musi być oparta na dużym materjale ambulatoryjnym prywatnym. Ponadto dokładne obliczania zebrane przez danego lekarza, mogą być tylko w przybliżeniu miarodajne dla innych, każdy bowiem z nas pracuje nieco w odmiennem środowisku. Tem niemniej w ogólnych przynajmniej zarysach sprawa powyższa może być zdaniem moim rozstrzygnięta. Zrobiłem obliczenia na 10.000 pacjentów, których w ostatnich latach obserwowałem bądź w gabinecie prywatnym bądź w lecznicy. Okazuje się iż wśród nich, po odrzuceniu cierpień ostrych, raki przewodu pokarmowego stanowią około 2,5 proc. zaś raki jelit zaledwie 0,5 proc., czyli na każde 200 osób wchodzących do gabinetu gastrologa jedna jest chora na raka jelit. Trzeba tu jednak przyjąć pod uwagę, iż wielka liczba schorzeń przewodu pokarmowego trwa bardzo długo, nieraz przez wiele lat dany pacjent — ciągle ten sam-zgłasza się coraz to do innego lekarza, podczas gdy dotknięty rakiem w bardzo krótkim czasie kończy ze swem cierpieniem: ginie, lub poddając się szczęśliwej interwencji żyje dalej jako zdrowy. W obu wypadkach lekarz go więcej nie widzi.

Jeżeli wyodrębnimy z naszych przypadków ostre cierpienia jelit, uwzględnimy okres 10 letni i zrobimy obliczenia metodą którą w swoim czasie stosowałem dla obliczeń raka żołądka w stosunku do innych chorób przewodu pokarmowego, a których tu nie będę już opisywał, okaże się, że na każde 30 osób zachorowujących na przewlekłe cierpienia jelit conajmniej jedna dostaje raka.

Reasumując wszystko cośmy dotąd powiedzieli, musimy wyprowadzić wniosek iż rak jelit nie jest cierpieniem, z którym lekarz-praktyk się często spotyka. Nasuwa się więc pytanie czy wobec tego bliższe zainteresowanie się tą sprawą jest praktycznie celowe i czy jest wskazane jak najbardziej usilne dążenia do wczesnego i pewnego rozpoznania cierpień jelit. Odpowiedź na to pytanie wyraźnie twierdzącą znajdujemy w obserwacjach wyników leczniczych.

Według obliczeń przytaczanych przez Okińczyca raki jelita biodrowego i czczego, jeżeli są w czas rozpoznane i operowane dają tylko 17,6 proc. śmiertelności, operowane zaś w okre-

sie późniejszym 70 proc., śmiertelność po operacjach na kiszce grubej waha się przeciętnie od 35 proc. do 48 proc. są jednak statystyki wykazujące 13 proc. (M a y o) i nawet 10 proc. (V u i c h u d. R o u x). Wobec tego iż rak jelita grubszego przez długi czas jest ograniczony wszyscy autorzy są zdania, że mamy prawo oczekiwać tu po operacjach długotrwałych i nawet zupełnych wyleczeń, co zresztą potwierdzają i dane statystyczne, gdzie widzimy obserwowanych chorych do lat 14 tu. M i k ł a s z e w s k i na zasadzie obliczeń zaznacza iż ogólny przebieg raka jelit wypada znacznie pomyślniej niż raka żołądka i przełyku, a wyniki operacyjne są wcale niezłe, dając możność uratowania znacznej ilości przypadków. Z referatu N i e w i a d o m s k i e g o na Zjeździe chirurgów we Lwowie widać, iż na oddziale 2 Szpitala Przem. Pańsk. na Pradze po operacjach guzów na jelitach grubych było około 30 proc. śmiertelności.

Wogóle śmiertelność pooperacyjna tem jest większa, im niżej guz położony. Według O k i ń c z y c a guzy prawego jelita dają 29,1 proc. śmiertelności, środkowego — 66,8 proc., lewego — 83 proc. Wyniki dalsze po radykalnych zabiegach na jelicie grubem zwłaszcza prawem i lewem są lepsze daleko niż przy guzach żołądka.

Nakoniec operacje nowotworów kiszki prostej dają około 20 proc. śmiertelności. Statystyka K r ö n l e i n a na materjale 11 klinik niemieckich oparta wykazuje 19,4 proc., R o t h e r opierając się na 335 przypadkach podaje 20 proc. Zresztą wahania są tu znaczne bardzo, od 3,7—32 proc. w zależności od umiejscowienia raka i wyboru zastosowanej metody operacyjnej. S c h w a r t z na 34 Kongresie Chirurgów Francuskich dał oparte na wielkim materjale zestawienia wyników operacyjnych dwóch zasadniczych metod: drogą dolną i brzuszno-kroczową. Okazuje się, iż śmiertelność po operacjach pierwszą metodą jest około 20 proc., drugą — 27 proc., jednak recydywy przy pierwszej są częstsze dosięgając 40 proc., przy drugiej dochodzą tylko do 21 proc.

Obserwując statystyki w chronologicznym porządku widzimy, że wyniki operacji prostej kiszki coraz to są lepsze, a procent śmiertelności szybko maleje (K r a s k e — 66 proc., R o t h e r — 44 proc., K i m m e l — 42 proc. (okres mniej więcej.

1906—1908), później Heller — 29 proc., Mayo — 25 proc. (1912), dalej Göppel — 15 proc., Rother — 6 proc., nakoniec Wendel na 10 przypadków 0 proc.

Musimy tu zaznaczyć, iż jelito proste jest miejscem dostępnem dla stosowania promieni Rentgena i radu i że wpływu tych metod leczniczych ignorować tu nie wolno. Promienie Rentgena znajdują zwłaszcza zastosowanie w przypadkach nie operacyjnych, które można tą metodą nieraz uczynić operacyjnemi, jak to stwierdzają Schwartz, Richard, Stark, Ernst May, Holfelder i inni. Co do radu to przy zastosowaniu go w prostnicy istnieje szereg metod, o których tu oczywiście mówić nie będę, każda z nich ma swoich zwolenników i daje pewien procent wyleczeń. Przeciętnie od 10—20 proc., co uważać należy też za rezultat niezły wobec tego, że curieterapii podlegają najbardziej zastarzałe i rozpaczliwe przypadki.

Z powyższych liczb i rozważań widzimy, iż naprawdę nietylko warto dążyć do wczesnego rozpoznania nowotworów jelit, lecz jest to kardynalnym obowiązkiem każdego lekarza, który przeoczając początkowy okres raka, zmniejsza pacjentowi wybitnie szanse na uratowanie się. Nierozpoznanie początku raka przełyku czy wątroby mniej daleko szkody nieszczęśliwemu pacjentowi przyniesie, niż przeoczenie raka jelit, który w czas rozpoznany daje jeszcze spore nadzieje na długie, a może i zupełne wyleczenie.

Ostateczna konkluzja z tego wszystkiego co powiedziałem będzie następująca:

Każdy lekarz przy zetknięciu się z pacjentem cierpiącym przewlekle na jelita powinien zachować jaknajdalej idące ostrożności i wszelkiemi dostępnemi nauce sposobami dążyć do ustalenia możliwie wczesnego i pewnego rozpoznania.

W razie niemożności przeprowadzenia odpowiednich badań, czy to z racji odmiennej specjalności czy z powodu miejsca zamieszkania, czy też z braku potrzebnych instrumentów i przyrządów — należy niezwłocznie pacjenta odesłać na zbadanie do większego ośrodka, kierując do odpowiedniego specjalisty. Pacjent taki powinien być zaopatrzony w list, który w danym ra-

zie nie będzie tylko przejawem kurtuazji koleżeńskiej, lecz da nieraz cenne wskazówki o początku i przebiegu cierpienia.

Wobec tego iż początek raka jelit nie cechuje się żadnemi swoistemi objawami, nie od rzeczy może będzie w zakończeniu przytoczyć ten zbiór objawów, który powinien wcześnie budzić czujność lekarską w kierunku nowotworu. Nie będę oczywiście wdawał się ani w opisy przebiegu klinicznego, ani w rozpoznania różniczkowe — przytoczę tylko na zasadzie najnowszych prac w tym kierunku objawy kliniczne bardzo wczesne, odrazu rzucające się w oczy.

Na myśl o raku odbytnicy powinny naprowadzać: pewien ucisk w okolicy krzyża, uczucie parcia na stolec (często bez wyniku), niekiedy nieustępujące po wypróżnieniu, stolce zaparte naprzemian z biegunkami niekiedy wybuchowemi, żywsze ściąganie się zwieracza, uczucie swędzenia i wilgoci w odbycie, domieszka krwi, śluzu i gazu w wypróżnieniach (niekiedy podobnych do wypróżnień przy czerwonce).

Przy obecności powyższych objawów konieczne jest: badanie palcem odbytnicy, rektoskopja, badanie promieniami Rentgena, czasem cystoskopja.

Wczesne objawy, które każą nam myśleć o raku jelita grubego są: wychudzenie, brak apetytu, upadek sił, niedokrwistość, czasem gorączka, zaparcia stolca, domieszka śluzu i krwi w wypróżnieniach (przyczem krew idzie zazwyczaj przed stolcem), nakoniec wzdęcia brzucha, dęcia i bóle zazwyczaj wyraźnie zlokalizowane.

Tu konieczne są badania: palcem odbytnicy, sigmoskopja, cystoskopja, badanie promieniami Rentgena, badanie moczu (na indykan, kwas oksyproteinowy) i kału (urobilinogen).

Nakoniec o raku jelita cienkiego powinniśmy myśleć gdy mamy: gwałtowne wychudzenie, wybitną małokrwistość, dysproporcję silnie wyrażonych objawów ogólnych w stosunku do niewielkich miejscowych, brzuch wzdęty lub zapadły, zaparcie lub rozwolnienie, bóle bez ścisłej lokalizacji, wreszcie poprzedzane przykremi mdłościami wymioty, najczęściej pokarmowe, czasem z domieszką żółci, nigdy krwi.

Niezbędne są badania sprawności ruchowej i wydzielniczej żołądka, badania Rentgenem i badania kału.

PIŚMIENNICTWO.

1. **Buchanan.** Rapport sur les travaux de la commision du Cancer de 1923—1927. Société des Nations.

2. **Wejneit.** Rak przewodu pokarmowego. Pol. Gaz. Lek. 1923.

3 **Wejnert.** W sprawie profilaktyki raka Zdrowie 1924.

4. Sprawozdanie Sek. Szpitalnej Koła Pań Polskiego Komitetu do zwalczania raka. Nowotwory 1928—1929.

5. **Miklaszewski.** Rak jako choroba społeczna. Wydawn. Pol. kom. do zw. raka 1929.

6, **Miklaszewski.** Próba statystyki nowotworów złośliwych w Rzeczypospolitej Polskiej. Biuletyn Pols. Kom. do zw. raka 1925—1926 —1927 r.

7. **Bier—Braun—Kömmel.** Chirurgische Operationslehre. 1923.

8 **Heybowicz—Kulesza.** Statystyka nowotworów złośliwych. Biuletyn Pol. Kom. do zw. raka. 1927,

9. **Wejnert.** Rak w stosunku do innych chorób przewodu pokarmowego. Biul. Pol. Kom. do zw. r. 1925.

10. **Réchou.** Centre anti-cancéreux de Bordeaux. Rapport 1927.

11. **Okińczyc.** Cancer de l'intestin. 1923.

12. O wczesnem rozpoznawaniu raka. Wydawn. Pol. Kom. do zw. raka. Nr. 1.

13. **Wejnert.** Stosunek szpitalnictwa do chorych na raka wobec rozpowszechnienia się tej choroby. Polska Gazeta Lekar. 1922.

14. **Wejnert.** Częstość raka wśród innych cierpień żołądka. Warsz. Czasopismo Lekarskie. 1926.

15. **Leśniowski.** Nowotwory kiszki grubej. Nowotwory 1928.

16. **Szarecki.** Nowotwory wyrostka robaczkowego. Nowotwory 1928.

17. **Gandier.** Résultats éloignés de l'extirpation des cancers du rectum par les voies basses. (34 Cong. de Chir. 1925).

18. **Schwartz.** Résultats éloignés de l'extirpation du rectum par les métodes abdominales et les métodes combinées (34 Cong. de Chir. 1925).

19. **Schwartz—Richard.** Traitement du Cancer du rectum par lest radiations. (34 Cong. de Chir. 1925).

20. **Miklaszewski.** Próba statystyki nowotworów złośliwych. Nowotwory 1929.

Kilka słów o psychogenezie i wskazaniach do psychoterapji cierpień przewodu pokarmowego. *)

napisał

DR. IGNACY GRUNDZACH.

Sprawę tę uważałem za właściwe poruszyć w naszem gronie bynajmniej nie dlatego, że jest ona nową, lecz dlatego, że niektóre dziedziny tego potężnego gmachu lecznictwa naszego (szczególniej — psychoterapja) są mało wentylowane, dość lekceważone i zaniedbywane, jak to do niedawna widzieliśmy i w Niemczech, gdzie widoczny już jest zwrot stanowczy. W Polsce lekarze zawsze w leczeniu zaznaczali wielką wagę czynnika psychicznego (Chałubiński, Baranowski, Biegański i w. innych).

Ponieważ Francja w tej dziedzinie oddawna przodowała, zacznę od słów Paul Emile'a Levy'ego **), znanego psychoterapeuty, który w ciekawym dziełku swoim, treść którego widnieje już w tytule, tak je kończy:

„Będzie to istotnie zadziwiające w czasie zapewne już niedalekim, że sądzono dotąd, iż można dobrze i skutecznie leczyć chorych, pozbawiając ich, jeżeli można się tak wyrazić, głowy; mówiąc inaczej, stosować leczenie ustroju bez najmniejszego zainteresowania się tem, co się dzieje w jamie czaszkowej pacjenta, jaki jest stan jego duszy, jakie wrażenia, uczucia, namiętności i myśli kierują nim i jakimi on żyje! Wszystkie narządy, wszystkie czynności ustrojowe starannie są badane, przeglądane, oceniane, a z jakiemi przytem subtelnościami kliniki i laboratorjów, tak zasobnych obecnie, jak nigdy dotąd, a będących niemal w każdym przypadku na nasze usługi. Nie zaniedbuje się żadnej metody, żadnego narządu z wyjątkiem mo-

*) Odczyt, wygłoszony w kwietniu 1929 r. na pos. Tow. Gastrolog.

**) Le traitment moral. De l'autosuggestion a l'education de la volonté. Paris. 1924.

że najważniejszego, tego, który kieruje i panuje nad wszystkimi narządami i czynnościami, gdyż głowa rządzi ciałem. A dodać należy, że możemy właśnie na tę czynność wpływać najlepiej, najprościej i najskuteczniej. Tu popełnia się najwięcej błędów, a bezskuteczność naszego leczenia często, niestety, się uwidocznia. Terapja nasza powinna to sobie dokładnie uświadomić. Medycyna winna obejmować w swoją domenę ciało i myśl-duszę, słowem całego człowieka."

Tą dziedzinę lecznictwa pierwotnie otaczała mgła, ale oswobodzona z powijaków, błędów i pierwotnych niepowodzeń, a oparta obecnie na dokładnych badaniach psychologicznych, na znajomości stosunku wrażeń, uczuć i myśli do ustroju, słowem — naukowa psychoterapja będzie jedną z największych zdobyczy medycyny współczesnej. Istnieje już olbrzymia literatura w sprawie wpływu duszy na ciało. Amerykański autor Woodyatt (Udajt) w kilku słowach wpływ ten określa: „Każdy człowiek zdrowy czy chory może być dotknięty fizycznie przez wrażenia i przejścia natury moralnej".

Nie jest moim zadaniem całą tę sprawę poruszyć. Chciałbym tylko wskazać te cierpienia przewodu pokarmowego, będące w związku z cierpieniami natury nerwowej czy psychopochodnej, w których psychoterapja jest czynnikiem leczniczym pierwszorzędnym, leczącym, lub łagodzącym cierpienia, powikłane nerwicą, jako następstwem nieuniknionem wielu przewlekłych cierpień przew. pokarmowego. Metody lecznicze tylko szkicowo gdzieniegdzie będą zaznaczane.

O ile chodzi o przełyk, słyszymy od chorych często skargi na dławienie, sciskanie w gardle natury czynnościowej które wraz z poprawą ogólnego stanu przechodzi, jeżeli wytłómaczyć choremu małą wagę tego objawu. Zdarzało mi się usuwać u chorych aerophagię, gdy zwracałem uwagę chorych, aby nie robili zbytecznych ruchów połykowych, a zbierającą się w ustach ślinę wypluwali.

Sprawa skurczu wpustu jest więcej skomplikowana, ale i tu obok innych metod nie należy zaniedbywać moralnego wpływu lekarza.

Co do żołądka i kiszek wskazania są daleko szersze. Już

Lewy *) zwrócił uwagę, że psychoterapja jest ważnym czynnikiem leczniczym w cierpieniach czynnościowych żołądka, różnego rodzaju, niestrawnościach, atoniach żołądka i kiszek, błędnie nieraz nieżytem nazywanych, a połączonych z zaparcięm, bólami, biegunką i t. p. Cierpienia te w czasach ostatnich leczone są za pomocą różnych, nieraz bardzo ścisłych diet, często nietylko nie prowadzących do celu, lecz nawet szkodliwych dla tego rodzaju chorych. Owe ścisłe przepisy co do ilości i jakości potraw, godzin i minut ich przyjmowania stają się dla tych chorych, niezmiernie drażliwych i sugestyjnych istną nieraz plagą i wyraźnie stan chorego pogarszają.

Miewałem, a napewno widzieli takich chorych wszyscy lekarze, dobrze spostrzegający swoich chorych (pacjentki są jeszcze wrażliwsze), którzy z obawą przystępowali do jednego z posiłków, nie objętego przepisem, lub do posiłku o 15 — 20 m. opóźnionego lub przyspieszonego, gdy „głód skręcał im kiszki”. Wszystko to wraża się w chorą psychikę pacjenta, napełnia go stałą obawą błędów dietetycznych, a tą drogą źle wpływa na samą czynność żołądka i kiszek, będącą pod tak potężnym wpływem narządu mózgo-nerwowego. Jest to prawdziwa antipsychoterapja. Upośledzona czynność narządu trawienia i obawa spożywania pokarmów prowadzi do upośledzonego odżywiania tkanek ustroju. Ztąd — błędne koło! Nie wynika z tego, aby diety wcale nie stosować. Winna ona być stosowana u tych chorych w pewnych granicach, dość liberalnych co do godzin i minut posiłków, co do jakości i ilości i przez lekarza bez pedanterji zalecana. Dużo popełnia się tu błędów, których łatwo uniknąć można. Na szczęście, chorzy najczęściej sami się nie trzymają zbyt pedantycznie tych przepisów, a natura broni się sama. Często słyszymy od chorych, że ku wielkiemu ich zdziwieniu i radości spożyli w wyjątkowym czasie wyjątkowe potrawy, gdy w miłem towarzystwie przestawali myśleć o swej chorobie i to — bez najlżejszych dolegliwości. Są to typowe nerwice przew. pokarm. lub powikłania cierpień organicznych.

Weźmy inny przykład. Choremu, typowemu psycho-neurastenikowi, poddaje się myśl (Levy) lub sam on się sugeruje, że ból żo-

*) l. c.

łądka zniknie i istotnie często znika; tak bezpośredni jest wpływ sensorjum na ciało. Mówi się o potężnym wpływie wyobraźni podświadomości, z której czyni się jak mówi Levy, bóstwo wszechpotężne. W istocie skutek był wynikiem zastosowania prostego zabiegu psychoterapeutycznego. Ból ten jest tylko oddźwiękiem (repercussion) zjawiska duchowego i wpływ czynnika tej samej natury jest zupełnie zrozumiały. Jest to specjalna lokalizacja wrażeń, wywołująca skurcz żołądka, czasem bardzo przykry, jak wszystkie objawy w ustroju tegoż pochodzenia. Zawsze on występuje z większą lub mniejszą siłą po t. zw. zdenerwowaniu się, przykrościach i niemiłych rozprawach lub kłótniach. Usuńmy te przykre wrażenia, a objawy bólowe znikną same bez naszego udziału lekarskiego. Jeżeli pacjent pozostanie „nerwowy", wrażliwy, podejrzliwy, wybuchowy, to choć bóle chwilowo (przez poddawanie myśli) ustąpią, zjawią się znów w tym lub innym narządzie. To samo odnosi się do innych bólów, zawrotów, biegunki pochodzenia nerwowego i t. p. Levy trafnie porównywa wrażenie do kamyka choćby najmniejszego, który, wrzucony do wody, tworzy naokoło miejsca wrzucenia coraz większe koła współśrodkowe. Kamyk — to wrażenie. Koła — to objawy czynnościowe i organiczne różnego rodzaju, dosięgające różnych części naszego ciała. Tych nie mamy potrzeby i zresztą nie możemy tak łatwo usuwać. Nie wrzucajmy kamyka, a zwierciadło wody gładkie będzie i spokojne. Dodać tu muszę, że tylko wzmacniając cały ustrój skutek ten możemy osiągnąć, bo tą drogą wzmacniamy i senstorium, które ze swej strony dobroczynnie wpływa na czynności i narządy, zastosujemy więc „koło lecznicze", przeciwstawiając się „błędnemu kołu" chorobowemu.

Mamy czasem do czynienia z brakiem apetytu „anorexia nervosa", ciężkiem nieraz cierpieniem, połączonem z wymiotami nerwowemi, grożącemi nieraz życiu chorego. Takie cierpienia żołądka, jak nerwice i „dyspepsje", choć zakres ich zwęził się niewątpliwie pod wpływem dokładniejszych badań klinicznych i laboratoryjnych (Rentgen), pomimo to istnieją i w leczeniu ich musi być uwzględniona i psychoterapja.

Dla uwydatnienia psychogenezy cierpień przew. pok. i jego gruczołowych przydatków, przytoczyć się godzi pracę P. G.

Morhardta *), w której autor, zebrawszy dane z obfitej literatury przedmiotu (32 prace), dotyczące wszystkich narządów ustroju, w sprawie przew. pok. zaznacza, że wpływ wrażeń rozciąga się na mięśnie gładkie i gruczoły tego przewodu. Klinika dostarcza nam przypadków osłabienia zwieraczy wskutek „wstrząsu natury moralnej“, napadów biegunki lub zaparcia wskutek obaw, strachu i t. p., skurczów tych zwieraczy, dających się usunąć przez zastosowanie środków właściwych. Możnaby tu przytoczyć prace Bickel'a, z których wynika, że adrenalina (która podobnie, jak silne wrażenia, powiększa ciśnienie i ilość cukru we krwi) wywołuje falę perystaltyczną z podnoszeniem się w górę zawartości żołądka, a czasem i wymioty, objawy, połączone z atonją żołądka, która pozwala wnosić o pewnych formach atonii pochodzenia psycho-nerwowego. Tu możnaby przytoczyć i t. zw. wymioty nerwowe na widok czegoś wstrętnego lub nieapetycznego, lub na skutek wrażenia słuchowego, nawet na samo wspomnienie o tem wrażeniu.

Są obok objawów ruchowych i wydzielnicze, chemiczne. Mc. Lester podczas rozpraw na ten temat w Amer. Tow. Lek. zauważył, że aby otrzymać w pracowni sok żołądkowy ze zwierzęcia z przetoką, należy dbać, aby zwierzę było spokojne i nie drażnić go, gdyż w przeciwnym razie soku wcale nie otrzymamy.

U bardzo sugestyjnego pacjenta Delkongue i Hausen spostrzegali inną serję objawów chemiczno-fizjologicznych. W jednym przypadku udało im się w czasie snu hypnotycznego nietylko wywoływać na żądanie wydzielinę żołądka i trzustki, ale i wydzieliny, specjalnie zastosowane do zasugerowanego pokarmu. Nasunięcie mu myśli o bogatym w białko pokarmie wywoływało obfitość pepsyny w żołądku i trypsyny w 12-cy; myśl o pokarmie, obfitującym w tłuszcze, wywoływała obfitość lipazy. To samo odnosiło się do pokarmów mącznych; tu mieliśmy diastazę powyżej i poniżej odźwiernika.

Wspomnieć tu należy i o t. zw. odruchach warunkowych. Pawłow, dając zwierzętom pożywienie na pewien dźwięk, (np.

---

*) Les facteurs psychiques et emotifs dans les affections organiques Presse Mèdicale № 17 (1928).

dzwonka), wywoływał na ten sam dźwięk (bez widoku pokarmu) szereg objawów trawiennych (wydzielanie śliny), które dawniej tylko widok pokarmów potrafił wywoływać. Daje to szerokie widnokręgi dla wywoływania odruchów pobudzających lub hamujących i w ten sposób ułatwiających lub utrudniających normalną pracę narządów lub czynności.

Zjawiska, tu przytoczone, są przeważnie pod wpływem „mesencephalon" czyli śródmóżdża, które, zdaniem fizjologów winno być uważane, jako ośrodek percepcyjny dla wrażeń, ztąd wywierające swój wpływ na ustrój, zadaniem zaś kory mózgowej jest — wpływ ten miarkować, zmieniać lub hamować (Dercum). Objawy te najczęściej spostrzegamy u „niezrównoważonych" z chwiejnym (labilnym) narządem dokrewnym, słowem u tych, u których substancja korowa spełnia w sposób niedostateczny wyższe swoje czynności kontroli i regulacji.

Co zasługuje na największą uwagę, to cierpienia natury organicznej, które wywołane być mogą przez troski, przykre wrażenia i zgryzoty, a cierpienia te ze swej strony, działając drogą dośrodkową, wpływają szkodliwie na ośrodki, gruczoły i nerwy, pogarszając jeszcze sprawę organiczną i tworząc błędne koło. Jak zaznacza Morhardt, widzieliśmy wpływ tych czynników na perystaltykę i wydzielanie. W pierwszej z tych czynności mogą one wywołać skurcz wpustu lub pogorszyć stan już istniejący poprzednio. Jest wysoce prawdopodobne, że takie stany skurczowe, psychopochodne, mogą się stać z biegiem czasu organiczne. W patologji żołądka stany skurczowe odgrywają wielką rolę; tu, według Bergmanna, zaburzenia organiczne do tego stopnia splatają się z czynnościowymi, że typowe dyspepsje nerwowe, notorycznie stwierdzone, niczem się nie różnią od zaburzeń czynnościowych takich, jakie wywołuje np. „crise gastrique" u tabetyków, zatrucie ołowiem lub nawet wrzód żołądka, który dawać może podobne objawy podmiotowe.

Co do przewodu jelitowego mamy do czynienia, między innemi, z dwiema formami zaburzeń zaparciowych: kurczową i atoniczną. Czasem na stole operacyjnym w przypadkach zamknięcia światła kiszek stwierdza się brak skrętu, guza, zrostów, natomiast pewne pętle kiszek są na ograniczonej przestrzeni całkowicie skurczone (20—30 ct.). Körte widział takie przypad-

ki u starszych kobiet. Możliwy jest tu udział pewnych splotów współczulnych, tem niemniej, przypadki te pouczają, jak ciężkie zaburzenia powstawać mogą na drodze nerwowej (t. zw. ileus spasricus). Ś. p. Aleksander Zawadzki opowiadał mi o pewnym przypadku, w którym znalazł na stole operacyjnym poprzecznicę na pewnej przestrzeni tak skurczoną, że tworzyła ona wałek grubości palca małego, a tak twardy, że była obawa, aby w ręku się nie złamał. W tych warunkach łatwo pojąć, w jak wysokim stopniu wszystkie cierpienia kiszkowe, w których kurcz odgrywa rolę przyczynową, począwszy od nieżytu kiszek błoniastego do nieżytu wrzodziejącego (colitis gravis) i uchyłków kiszkowych, ulegają pogorszeniu wskutek wpływu czynników psychicznych *).

Zaburzenia chemizmu kiszkowego ulegają też, może w mniejszym stopniu, wpływom psychiki. Jednakże Savignac i Sarles zauważyli, że pewnym nieżytom fermentacyjnym, kwaśnym, towarzyszy uczucie strachu, obawy i niepokoju i to z taką stałością, że trudno orzec, czy zaburzenie psychiki jest wtórne czy pierwotne.

Pragnę tu podać pewne dane, jakie w ciągu lat przeszło czterdziestu udało mi się stwierdzić na kilku setkach chorych, długo i dokładnie spostrzeganych, dane, dotyczące wpływu leczniczego uspokajania chorych, tłómaczenia im małej wagi cierpienia, jego uleczalności, ćwiczenia ich woli i t. p.

Pominę biegunkę pochodzenia nerwowego, gdyż w swoim czasie obszerniej o niej pisałem i brakłoby tu na to czasu i miejsca. Przypomnę tylko, że dużą liczbę chorych tych udało się trwale wyleczyć przy pomocy środków pomocniczych, jak brom, valeriana i codeina, głównie przekonywaniem, że to nie katar, wrzód, rak, że wkrótce nastąpi poprawa, a potem — że poprawa jest już widoczna i t. p. Zapewne i inni lekarze to samo spostrzegali. Powtarzam: bez czynnika psychicznego trudno tu cośkolwiek osiągnąć w leczeniu choćby wieloletniem i po wielu bezowocnych kuracjach balneologicznych.

Druga sprawa, którą chciałbym tu podnieść, to — banalne

*) Najnowsze badania stwierdzają, że ten skurcz okrężnicy jest do pewnego stopnia objawem fizjologicznym.

zaparcie t. zw. nawykowe. Ani dieta (choć, niewątpliwie, ważna), ani tysiączne środki regulujące i czyszczące od proszku lukrecjowego do istycyny włącznie, ani mnóstwo metod fizykalnych i balneologicznych (choć, niewątpliwie, pomocnych) nie jest w stanie uregulować tak tej czynności, aby odbywała się ona prawidłowo bez żadnych sztucznych środków. Od wielu lat zalecam chorym (oprócz diety i pewnych wzmacniających środków), aby codziennie wytrwale w ciągu tygodni i miesięcy poświęcali 2—3 minuty dziennie na tę czynność fizjologiczną, zawsze o tej samej porze; minuty żadnej tu roli nie odgrywają, ale stała pora dnia ma znaczenie stanowcze. Najczęściej jest to pora pośniadaniowa, gdyż ta jest najwłaściwsza; w razie braku czasu — poobiednia lub powieczerzowa. Uważam to za świadomy wysiłek woli, który po pewnym czasie (u ludzi młodych — krótkim) prawie zawsze prowadzi do celu, nieraz ku wielkiemu zdziwieniu chorych. Rozwija się jakiś mechanizm automatyczny, poczem wysiłek woli staje się zbyteczny, gdyż potrzeba naturalna sama się zjawia o tej samej porze. Można więc mówić o zaparciu nawykowem, ale i o wypróżnieniu nawykowem. Są osobnicy, którzy mają wypróżnienia po wypaleniu papierosa, a od pacjentów chasydów-palaczów wiem, że w sobotę nie mają stolca; tak wielką jest moc przyzwyczajenia.

Wyda się to może śmieszne, gdy wspomnę, że nasze cywilizacyjno-kulturalne siedzenie, jak na krześle, nie pozwala tłoczni brzusznej wywierać swego całkowitego wpływu. Tem niemniej, niema co do tego żadnej wątpliwości. Siedzenie au naturel wyzwala siłę tłoczni brzusznej i samo częstokroć bez żadnych innych środków czynność tę reguluje. W przypadkach uporczywych, gdy nie mamy do czynienia jedynie z „obstipatio sinistra anorganica“, musimy się przekonać o stanie kiszek przy pomocy np. zdjęcia rentgenowskiego, które może wykryć nieprawidłowości przebiegu okrężnicy, przegięcia, zrosty, mega- i dolichocolon i t. p.

Regulowanie wypróżnienia przy pomocy wysiłku woli, to rzecz, bynajmniej, nie nowa, ale jakże często, jak wiele innych spraw w medycynie, zapominana! Wszakże Trousseau pouczał, że „wola, dobrze regulowana, najczęściej zwycięża zaparcie“ Starożytni lekarze dobrze to znali i w praktyce stosowali.

Co się tyczy wątroby, zawsze lekarze spostrzegali, jak ściśle czynność jej prawidłowa i chorobowa zależy od wrażeń i stanu ducha. Już Hipokrates mówi o czarnej żółci, o „melancholji", myśląc, naturalnie, że czarna żółć wywołuje ten stan duszy. Nazwa „hypochondria" też ten związek uwidocznia, choć błędnie był on pojmowany. Jakkolwiek pogląd o „żółtaczce wrażeniowej" bywa zwalczany przez pewnych autorów, wraca on jednak w dziełach nowszych badaczów.

Spostrzegałem chorego, człowieka młodego, który miewał stan podżółtaczkowy i powiększoną, dość tkliwą wątrobę; stan ten trwał 2 do 3 tygodni, gdy chory doznawał wstrząsów natury emocyjnej. Jest rzeczą możliwą, że wpływy te mogą na czas pewien wywoływać kurcze zwieracza Oddiego (Glaser). Tą drogą powstają zapewne kolki żółciowe w przypadkach kamicy żółciowej (pęcherzyka i przewodów) lub — stanów zapalnych bezkamicowych po przejściach moralnych, choć te ostatnie nie są jedyną przyczyną, wywołującą napady kolki. I tu więc stan ducha odgrywa dużą rolę.

Zanim przejdę do wniosków, wypływających z rozważań powyższych, nie mogę nie wspomnieć o tem, o czem pisał między innymi kol. H. Higier (Czasopismo Lekarskie), a co niewątpliwie spostrzegali interniści i różni specjaliści naszego zawodu. Popełniamy często (zapewne bezwiednie) straszne błędy, tworząc szeregi przygnębionych, zrozpaczonych, zgorzkniałych pesymistów i „hipochondryków", którym, jak utrzymują, nic już nie pomoże. Owe długotrwałe płukania żołądka (bez potrzeby), przesadne diety, irrygacje, zgłębnikowania cewki moczowej (codziennie w ciągu roku), ciągłe, często zbyteczne, analizy laboratoryjne, długotrwałe elektryzacje, b. długo stosowane zastrzyki narządów dokrewnych — oto słaba strona naszego lecznictwa, jeżeli dzieje się to bezwiednie, karygodna zaś — jeżeli świadomie.

W przypadkach takich poradzimy metody te porzucić, gdyż „stan obecny wymaga innego leczenia po przeprowadzeniu poprzednich kuracji". Postaramy się ustrój schorzały wzmocnić, a w chorego wlać otuchę, że wkrótce wyzdrowieje, stosując zalecone, a wzmacniające ustrój środki spożywcze, fizykalne i farmaceutyczne, naturalnie, tylko niezbędne. Kontrola tych

chorych i wzmacnianie ich siły i obniżonej energji psychicznej jest koniecznością. Ma ona zawsze wpływ zbawienny, gdy sobie zaskarbimy zaufanie pacjenta, czującego, że go rozumiemy, że mu współczujemy i chcemy uleczyć.

Ogólny wniosek, jaki wypływa z tych rozważań, będzie następujący.

Należy we wszystkich cierpieniach przew. pokarmowego (o innych nie mówimy, choć odnosi się to do wszystkich niemal schorzeń przewlekłych) obok rozpoznania cierpienia czynnościowego czy narządowego rozpoznać i starannie rozważyć stan psychiczny i wpływ tego stanu na — fizykalny. Jeżeli tak jest, przedewszystkiem postaramy się usunąć troski i zgryzoty, często odczuwane silnie nie w stosunku właściwym do istotnego, realnego ich znaczenia, a więc — przesadnie. Leczenie tam, gdzie to możliwe, musi wszakże być przyczynowe; ta prosta prawda często bywa zapominana. Należałoby, mówi Morhardt, idąc za radą Dubois, Babińskiego, Glasera i innych, przedewszystkiem działać na substancję korową, a więc na zdolność rozumowania. Nie należy jednak zapominać i o śródmóżdżu (mesencephalon) i świecie wrażeń. Należy więc, jak wspomniałem, dać dowody sympatycznego stosunku do chorego, wejścia w szerokiem znaczeniu tego wyrazu w jego cierpienia w sposób czynny, przekonywający. Tą drogą trzeba stworzyć najpewniejszą zaporę przeciw szkodliwym wrażeniom i strachom, przeciw nieprawidłowym odruchom warunkowym i zastarzałym chorobliwym przyzwyczajeniom.

W ten sposób najlepiej podetniemy wpływ szarlatanów, którzy wygrywają właśnie te słabe strony naszego lecznictwa, te nasze braki i umieją powagę swoją wyzyskać, stosując się do warunków z zadziwiającą często umiejętnością i znajomością psychiki i wpływów psychoterapeutycznych.

Znaczenie niedomogi wątrobowej dla kliniki i leczenia schorzeń dróg żółciowych.

podał

Dr. LUDWIK JUSTMAN (Warszawa).

Jeżeli powracam dziś do tematu, jaki omawiałem obszernie przed 4 ma laty,*) to czynię to nie dlatego, że lata ostatnie wniosły w tą dziedzinę dużo nowego, że wyświetliły sporne zagadnienia lub wskazały nowe drogi do postępowania leczniczego. Tak, niestety, nie jest — i nadal niemal poomacku wędrujemy od jednej teorji do drugiej, stosujemy różne środki lecznicze bez dostatecznych podstaw do sądu o ich skuteczności. Świadome i celowe leczenie schorzeń dróg żółciowych jeszcze nie istnieje — a stwierdzenie tej smutnej prawdy jest powodem, dla którego raz jeszcze należy poddać krytycznej ocenie nasze metody leczenia — zarówno wyraźnie objawowe, jak i rzekomo przyczynowe.

Trudności racjonalnego ujęcia sprawy są bardzo wielkie — a zrozumieć je łatwo, jeżeli uwzględnimy ogrom różnych już poznanych czynności wątroby, a wiemy, że dużo jest jeszcze do zrobienia na tem polu. Teoretycznie musimy stanąć na stanowisku, że zaburzenie jakiejkolwiek z poszczególnych czynności wątroby nie może pozostać bez wpływu na jej sprawność w innych dziedzinach jej działalności, że zaburzenia te zazębiają się o siebie, jak koła maszyny. A że działają one powoli, że od powstania praprzyczyny zaburzeń upływają lata, niekiedy lat dziesiątki, że w doświadczeniu o krótkim przebiegu niesposób odtworzyć ściśle tego, co następuje w ustroju przez czas tak długi, więc trudno dać dostateczne uzasadnienie doświadczalne dla tych spraw. Ale nietylko złożoność czynności

---

*) Justman. Patogeneza i leczenie stanów zapalnych dróg żółciowych. Warsz. Czas. Lek. 1926. Odbitka w handlu księgarskim.

wątroby, nietylko czas trwania wpływów chorobotwórczych utrudnia nam niezmiernie rozwikłanie tego zagadnienia, na przeszkodzie staje również wielorakość wpływów, jakim ulega wątroba.

Jest ona wielkim gruczołem przewodu pokarmowego, a więc układu o niezmiernie wielkim zasięgu zetknięcia ze światem zewnętrznym. Bo podczas gdy inne narządy, otrzymujące podniety ze świata zewnętrznego, a więc płuca, narządy zmysłów, mają ściśle ograniczone pole działania, a przypodniecie przekraczającej ich pojemność odpowiadają natychmiastowem schorzeniem lub nie reagują wcale, przewód pokarmowy otrzymuje podniety bardzo różne, bardzo złożone i wymagające dużo pracy i wielu zmian, zanim staną się one dostępne dla naszego ustroju. Praca trawienna rozpoczyna się już w świetle przewodu pokarmowego, będącego dla ustroju jeszcze światem zewnętrznym, przedsionkiem segregującym, ale właściwe przyswajanie, magazynowanie i obdzielanie tkanek, unieszkodliwianie jadów, piecza nad gospodarką wodną i mineralną — wszystkie te czynności skupiają się jeżeli nie wyłącznie, to przeważnie w wątrobie. A jeżeli ściana przewodu pokarmowego — barjera oddzielająca ustrój od świata zewnętrznego, działa wadliwie, jeżeli skutkiem błędów djetetycznych lub niedomogi wydzielniczej jelit wątroba musi zasadniczo zmienić charakter swej pracy, nic dziwnego, że prędzej, czy później jej wydolność musi ulec osłabieniu. To, co B o u c h a r d, A l b u ujęli pod pojęciem autointoksykacji, można rozszerzyć jako ogólną zasadę, że każdemu schorzeniu żołądka i kiszek, być może z wyjątkiem najniższego ich odcinka, zawsze towarzyszą te, lub inne zaburzenia wątroby. Tak często spostrzegane powiększenia lub stwardnienia wątroby bez innych objawów są często wynikiem tych spraw.

Nietylko z przewodu pokarmowego płyną do wątroby tak liczne i różnorakie bodźce, ale i ze wszystkich narządów wewnętrznych. Bez względu na to, czy wątroba jest jedynem miejscem powstawania barwików żółciowych, czy też mogą powstawać one w warunkach fizjologicznych poza wątrobą, czy gra tu rolę komórka wątrobowa, czy układ śródbłonkowo-siateczkowaty, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że w powsta-

waniu barwików żółciowych, a więc przemianie barwika krwi, wątroba zachowuje stanowisko dominujące. Niemniej ważnem jest, jak to wykazały badania Mauthnera i Picka, znaczenie wątroby dla gospodarki wodnej. A że z gospodarką wodną ściśle jest związana gospodarka mineralna, że od tych czynników zależy fizyczno-chemiczna sprawność całego ustroju, prawidłowe działanie zaczynów i hormonów, więc i tu trudno niedoceniać znaczenia wątroby. A kto zna ścisły związek, jaki zachodzi między zjawiskami fizyczno-chemicznemi a nerwowym układem roślinnym, kto uprzytomni sobie, że wstrząs hemoklastyczny Vidala jest zjawiskiem vagotonicznem, dla tego jasnym będzie ścisły związek między czynnością wątroby a nerwowym układem roślinnym, względnie pośrednio układem ośrodkowym wraz z jego ośrodkami psychicznymi.

Ale i to jeszcze nie wyczerpuje zadań wątroby. Z badań Müllera i Petersena wiemy, że wątroba ma wpływ na ilość białych ciałek we krwi, że vagotonicznej leukopenji na obwodzie odpowiada sympatikotoniczna leukocytoza w obrębie żyły wrotnej i odwrotnie, że możemy odpowiednio oddziałując na wątrobę, zmieniać dowolnie ilość leukocytów w naczyniach obwodowych. Wiemy o ścisłej zależności między nerkami i narządami płciowymi a wątrobą. Stosunek wątroby do serca nie ogranicza się jedynie do tego, że wątroba dzięki układowi żyły wrotnej stanowi jakoby przedsionek serca, regulujący jego pracę, a niekiedy dający pierwsze sygnały o jego niedomodze; znanym jest pozatem wpływ kwasów żółciowych na rytm serca i wahania ciśnienia — a wpływ ten ujawnia się wyraźnie w żółtaczkach całkowitych; wreszcie, jak to wykazał Asher, między sercem a wątrobą istnieje pewien związek natury hormonalnej; działa ona na serce pobudzająco, a więc jak podnieta sympatikotoniczna.

Ten nadzwyczaj sumaryczny i oczywiście niedokładny przegląd, spraw w jakich bierze udział wątroba, nie wyczerpuje bynajmniej jej zadań w warunkach fizjologicznych, a tem mniej patologicznych. Wystarcza on nam jednak, aby zdać sobie sprawę z trudności, jakie napotykamy u samego wstępu do rozważań nad istotą cierpień dróg żółciowych. Bo nie ulega najmniejszej wątpliwości, że nie możemy cierpień tych rozpa-

trywać samoistnie, a zawsze i wszędzie musimy doszukiwać się ich źródła w zaburzeniach wątrobowych. Że właściwości żółci, jej skłonność do tworzenia złogów, są wynikiem działalności wątroby, nie ulega wątpliwości. Ale i przy pozawątrobowem zakażeniu żółci sam fakt zakażenia nie jest czynnikiem pierwszej wagi, skoro znamy zjawisko bakterjocholji, obecności zarazków w żółci bez jakichkolwiek objawów chorobowych. Ale i tu musimy liczyć się przedewszystkiem ze stanem wątroby. I to nietylko dlatego,że cierpienia zdawałoby się ograniczone tylko do pozawątrobowych dróg żółciowych faktycznie prawie zawsze obejmują i samą wątrobę. G u n d e r m a n n stwierdził obecność zarazków w wątrobie w przeważającej ilości przypadków (108 na 147 badanych), z czego należy wnioskować, że większość zakażeń dróg żółciowych idzie przez drogi krwionośne, a więc tętnicę wątrobową. Dotyczy to najczęściej spotykanych zarazków, a więc paciorkowców, gronkowców, pałeczek duru i duru rzekomego. Jedynie dla pałeczek okrężnicy należy przyjąć sposób zakażenia wstępującego, z przewodu pokarmowego. Mimo to G u n d e r m a n n podkreśla, że w przypadkach schorzeń spowodowanych przez pałeczkę okrężnicy szczególniej często spostrzegał żółtaczkę, a więc objaw niewątpliwego wciągnięcia wątroby w sprawę chorobową. Dla rozwoju drobnoustrojów niezbędne jest odpowiednie podłoże, a więc zmiany czynnościowe wątroby, powodujące odchylenia w składzie lub stanie fizyczno-chemicznym żółci, mogą stwarzać odpowiednie warunki dla życia i rozwoju takich lub innych zarodków. Jeżeli uwzględnimy również bakterjobójcze właściwości wątroby, to widzimy, że nawet gdybyśmy sam fakt zakażenia dróg żółciowych uważali za czynnik pierwszej wagi, nie pomniejsza to znaczenia dla tych spraw pierwotnej niedomogi wątroby. Zakażenie samo jednak nie wystarcza — niezbędny jest jeszcze inny czynnik — zastoina. Oddaliliśmy się już bardzo od tłumaczenia zastoiny przez czynniki zgruba mechaniczne, ów korek śluzowy V i r c h o w a. Znaczną rolę grają tu inne czynniki, między innymi zaburzenia unerwienia, a badania E i g e r a wykazały nam ścisłą zależność unerwienia między pęcherzykiem żółciowym, a wątrobą. Jakkolwiek odróżniamy teoretycznie środki pobudzające wydzie-

lanie żółci przez wątrobę i jej wydalanie przez drogi żółciowe — *Choleretica i Cholagoga*, — to jednak podział ten dostatecznie uzasadnionym nie jest i widzimy, że niema środka, któryby działał wyłącznie choleretycznie lub cholagogicznie. Nie negując bynajmniej znaczenia zastoiny i uznając, że bezpośrednia jej przyczyna może znajdować się w drogach żółciowych, mimo to nie powinniśmy przeceniać tego faktu i pamiętać, że nad wszystkiem góruje niedomoga wątroby.

Zasada ta powinna być całkowicie uwzględniana w leczeniu schorzeń dróg żółciowych. Leczenie djetetyczne ma na celu niemal wyłącznie zwalczanie niedomogi wątrobowej, przywrócenie normalnych warunków jej pracy. Środki żółciopędne mają pobudzać wątrobę do wzmożonego wydzielania żółci, środki odkażające oddziaływać na drogi żółciowe po uprzedniem ich wchłonięciu, a nawet rozkładzie w miąższu wątrobowym. Jedynie *cholagoga*, pobudzajace wydalanie żółci oraz zgłębnikowanie dwunastnicy pozornie oddziałują wyłącznie na drogi żółciowe. choć nie ulega wątpliwości, że oddziałują one również na miąższ wątroby. Bo wydalanie żółci jest ściśle powiązane z jej wydzielaniem, a działanie preparatów przysadki, chyba najpotężniejszego bodźca do wydzielania żółci B, jaki obecnie znamy, świadczy najlepiej o wpływie wątroby, nawet jeżeli przyjąć bez zastrzeżeń, że żółć B pochodzi wyłącznie z pęcherzyka. Jeżeli pominąć tu zupełnie wpływ wątroby, to trudnoby nam było wytłomaczyć, dlaczego żółć B otrzymana po podaniu siarczanu magnezu tak bardzo różni się od żółci po preparatach przysadki — musielibyśmy uciec się wtedy do mało prawdopodobnego przypuszczenia, że pęcherzyk nie jest jedynie zbiornikiem zatrzymującym i częściowo wsysającym wydzieloną z wątroby żołć, ale że ma doniosły, szybko i sprawnie działający wpływ zasadniczy na jej skład.

Dochodzimy w ten sposób do wniosku, że zarówno dla rozważań rozpoznawczych, jak i leczniczych w schorzeniach dróg żółciowych stwierdzenie zaburzeń w miąższu wątrobowym i dążenie do ich zwalczania stanowi przedmiot pierwszej wagi. Ale z tego, co mówiliśmy poprzednio o wielorakości i złożoności pracy wątroby, widzimy, jak trudne jest nasze zadanie. Ilość różnych prób czynnościowych wątroby jest bardzo

znaczna, i z każdym dniem zjawiają się nowe, a stare ulegają zapomnieniu. I trudno nie być pesymistą, jeżeli taki znawca patologji wątroby, jak F i s c h l e r, twierdzi, że próba na urobilinę i urobilinogen jest bodaj jedynym miarodajnym sprawdzianem istnienia zaburzeń wątrobowych. Inne próby mogą nam wyświetlić pewne odchylenia w poszczególnych czynnościach wątroby, nie ujawniają jednak ich wpływu na całokształt działalności wątroby. Opierać się więc musimy głównie na danych doświadczalnych, a jak już poprzednio mówiłem, dane te tylko z wielkiemi zastrzeżeniami dają się zastosować w życiu praktycznem. W doświadczeniu spostrzegamy zawsze zmiany bardzo duże, daleko posunięte, niekiedy uniemożliwiające życie, występujące do tego nagle w ustroju nieprzygotowanym; u łoża chorego mamy do czynienia ze stanami mniej lub więcej przewlekłymi, jeszcze mało wyraźnymi, powikłanymi przez zmiany wtórne: powikłania, lub odczyn obronny ustroju. W tych warunkach owa „patologja krańcowości“, jaką nam daje doświadczenie na zwierzęciu, musi być stosowana niezmiernie ostrożnie i krytycznie.

Krytyczny stosunek jest też pierwszym nakazem przy postępowaniu leczniczem. Powinniśmy pamiętać o tem, że środek dający najbardziej zdumiewające wyniki w doświadczeniu pracownianem i teoretycznie najzupełniej uzasadniony może nam sprawić zawód u łóżka chorego. Odwrotnie nie mamy prawa odrzucać a priori środków znanych empirycznie z pomyślnych skutków, nawet jeżeli brak nam podstaw do zrozumienia mechanizmu ich działania. A przedewszystkiem powinniśmy sięgnąć do bogatego skarbca medycyny ludowej, gdzie znajdziemy niezawodnie niejedną cenną wskazówkę, o czem nas zresztą często pouczają wyniki stosowania tych środków przez naszych chorych, którzy dzięki nim osiągają niekiedy więcej, niż im mogła dać nasza wiedza lekarska. A że teorja nie daje nam żadnych podstaw do zrozumienia owych niekiedy podziwu godnych wyników, stanowi to raczej jeszcze jeden dowód braków naszej wiedzy teoretycznej, a nie argument przeciw lekom, które okazały się celowe.

Stosunkowo najwięcej danych mamy do uzasadnienia naszych poczynań djetetycznych. Wiemy, że najlepszym bodźcem

żółciopędnym jest podawanie pokarmów. A stąd wynika, że powinniśmy żywić chorych jaknajczęściej, co 1—3 godziny. Winniśmy to czynić również ze względu na żołądek i jelita, gdyż nieżyt tych narządów — w pierwszych okresach nieżyt kwaśny, później niedokwaśny i bezsok, zmusza nas do oszczędzania przewodu pokarmowego przez podawanie niewielkich ilości pokarmu, a więc częstszego żywienia. Wreszcie częste podawanie pokarmów ma wpływ na wypróżnienia — S a l o m o n zaleca żywienia cogodzinne jako skuteczny środek przeciw zaparciu nawykowemu. Żółciopędne działanie częstego podawania pokarmów jest tem cenniejsze, że przy doborze pokarmów wzgląd na działanie żółciopędne ustąpić musi innym wpływom ujemnym, jakie są powiązane z podawaniem tych pokarmów, np. mięsa.

Jedną z niewielu zdobyczy w fizjologji wątroby, jaka jest już faktem niewątpliwym, jest znaczenie węglowodanów, dokładniej powiedziawszy, cukru gronowego. Niezbędnym warunkiem sprawności wątroby jest obecność w niej glykogenu. Glykogen powstaje przedewszystkiem z węglowodanów, a w braku ich również z tłuszczów i z ciał białkowych a jak to stwierdziłem w mej pracy przed 20 laty, ilość powstającego cukru z białka nie jest zależną od istnienia odpowiednich grup chemicznych w drobinie białkowej, jak to ma miejsce w grupie glykoproteidów, a wyłącznie od szybkości rozkładu drobiny białkowej. Dlatego też kazeina, która najszybciej ulega rozkładowi, daje przy cukrzycy największy wzrost ilości cukru w moczu i we krwi. Wstrzymanie dowozu węglowodanów, względnie, jak to ma miejsce w cukrzycy, niemożliwość ich wykorzystania, zmienia zasadniczo mechanizm spraw chemicznych zachodzących w wątrobie — zjawia się aceton, zmniejsza się znacznie ilość mocznika i amoniaku w moczu — a więc zarówno przemiana tłuszczów jak i białka ulega zasadniczej zmianie. F i s c h l e r widzi w zaburzeniach przemiany białkowej, a nie węglowodanowej, przyczynę opisanej przez niego *„glykoprive Intoxikation“*, odpowiadającej całkowicie wstrząsowi hypoglykemicznemu po podaniu insuliny. Jednocześnie zjawia się w moczu urobilina, jako wyraz zaburzeń wątrobowych.

W przypadkach klinicznych schorzeń dróg żółciowych nie spostrzegamy jednak tak wyraźnych zmian, a w szczególności nie stwierdzamy cukromoczu, jaki powinien byłby wystąpić, jako skutek zaburzeń w gospodarce glykogenowej. Tłomaczy się to tem, że wątroba nie jest jedynem miejscem, gdzie powstaje glykogen, gdyż może on powstawać we wszystkich narządach, a szczególniej w mięśniach, ale wyłącznie z dekstrozy. Natomiast do powstawania glykogenu z lewulozy i galaktozy niezbędna jest czynnościowa sprawność wątroby — na tem opierają swe próby czynnościowe Strauss (próba z lewulozą) i Bauer (próba z galaktozą). Próby te wykazują upośledzone przyswajanie tych cukrów, jako wyraz zaburzeń w gospodarce glykogenowej wątroby, a dane doświadczalne pozwalają nam przypuszczać, że zaburzenia te rozciągają się i na dekstrozę. Przemawia za tem fakt często napotykanego w schorzeniach wątroby jej otłuszczenia — a jak wiadomo, między zawartością glykogenu i tłuszczu w wątrobie istnieje wyraźny antagonizm: im więcej glykogenu, tem mniej tłuszczu, i odwrotnie. Podobna zależność istnieje między węglowodanami, białkiem i tłuszczem: jak to wykazał Junkersdorf, pod wpływem jednostronnego żywienia białkiem zwiększa się ilość glykogenu, a ilość tłuszczu zmniejsza. Natomiast o ile zapasy glykogenu po djecie węglowodanowej są znaczne, następuje pod wpływem żywienia białkiem spadek glykogenu. Pletniew wykazał, że przy maksymalnem obciążeniu węglowodanami, sięgającemu do granic tolerancji cukrowej, podawanie albumoz i peptonów, względnie dużych ilości białka, powoduje wydzielanie cukru. Wynika z tego ścisła współzależność przemiany tłuszczowej i białkowej od węglowodanów. Doświadczenie kliniczne, szczególniej chirurgów, również przekonywa nas o znaczeniu, jakie ma zawartość glykogenu w wątrobie dla przebiegu sprawy chorobowej i zabiegu chirurgicznego, a przedoperacyjne przecukrzanie chorych jest już obecnie niezbędnym aktem przygotowawczym do zabiegu na drogach żółciowych.

Wnioski praktyczne, jakie można z tych danych wyprowadzić, są jasne: powinniśmy dążyć do przecukrzenia naszych chorych. Osiągamy to przez podawanie cukru, miodu, konfitur, so-

ków, nienadziewanych cukierków. W ciężkich przypadkach stosujemy kroplówki z 5% rozczynu glukozy, wreszcie podajemy cukier dożylnie. Stosujemy jednocześnie insulinę, która ma przyspieszyć mobilizację cukru. Teoretycznie podawanie insuliny przy wydolnej trzustce nasuwa pewne wątpliwości; więcej do przekonania przemawia raczej pośrednie jej działanie na wzrost łaknienia, tak upośledzonego u chorych wątrobowych. Praktycznie nie sądzę, aby podawanie insuliny, przynajmniej w większości przypadków, było uzasadnione. U chorych nie znoszących słodyczy, można maskować słodki smak przez podawanie cytryny, kwaśnych kompotów, względnie, jak to od niedawna próbuję, preparatów słodowych — maltozy i innych.

Musimy jednak zdać sobie jasno sprawę z tego, że przecukrzanie chorych nie zasługuje na miano leczenia przyczynowego, gdyż nie brak węglowodanów w żywieniu powoduje zaburzenia w gospodarce glykogenowej, lecz że są one pierwotne. Podając cukier, podajemy materjał, z którego osłabiona czynnościowo wątroba może stosunkowo łatwo wytworzyć glykogen; wprowadzamy paliwo, w ogniu którego spalanie białka i tłuszczu zachodzi w warunkach jaknajbardziej zbliżonych do fizjologicznych, a wreszcie umożliwia to nam tak pożądane ograniczenie ilości tłuszczu i białka w djecie.

Rola wątroby w gospodarce tłuszczowej nie jest tak wyraźna a w każdym razie znacznie mniej doniosła. Znaczenie wątroby ujawnia się niewątpliwie jedynie w działaniu żółci. Dla wchłaniania tłuszczów niezbędna jest obecność w jelitach zarówno żółci, jak i soku trzustkowego. Natomiast w przemianie tłuszczów już wchłoniętych wiemy jedynie o udziale wątroby w powstawaniu ciał acetonowych w zaburzeniach gospodarki węglowodanowej, przyczem ciała te powstają nietylko z tłuszczów o parzystej liczbie atomów węgla, ale i z kwasów aminowych. Otłuszczenie wątroby w każdym razie nie jest skutkiem wchłaniania tłuszczów pokarmowych, a raczej wyrazem niedomogi wątroby, braku glykogenu, zaburzeń krążenia krwi lub zatrucia.

Wynika z tego, że niewątpliwe wskazania do ograniczenia tłuszczów stanowią niedostateczny dopływ do jelit żółci i soku trzustkowego. O ile o pierwszym świadczy żółtaczka, odbarwie-

nie kału i obecność barwików żółciowych w moczu, o tyle ustalenie niedomogi wydzielniczej trzustki jest znacznie trudniejsze. Bo, pomijając sprawy bardzo posunięte z typowemi biegunkami tłuszczowemi, nie mamy żadnych innych dokładnych sprawdzianów. Badanie kału na resztki pokarmowe jest zbyt wieloznaczne, próba Cammidge'a należy całkowicie do historji, określanie zaczynów trzustkowych w moczu i kale daje wyniki niepewne, raczej badanie treści dwunastniczej na zaczyny trzustkowe może dać nam pewne wskazówki. A że wiemy, że schorzeniu dróg żółciowych niezmiernie często towarzyszą zmiany w trzustce, więc w nich, a nie w ujemnym wpływie na miąższ wątroby, winniśmy widzieć wskazania do ograniczenia tłuszczów. Niemniej ważnym jest wzgląd na stan przewodu pokarmowego, na nieżyt żołądka i dwunastnicy, stale towarzyszący schorzeniom dróg żółciowych. Z tych to względów przeciwskazane są wszystkie tłuszcze o wysokiej temperaturze tajania, a więc przedewszystkiem tłuszcze mięsne i wiele sztucznych. Natomiast masło, śmietanka, oliwa stawiają tak małe wymagania wydolności przewodu pokarmowego, że odrzucanie a priori ich stosowania, szczególniej w stanach nieżółtaczkowych nie wytrzymuje krytyki. Wszak niekiedy samo obejrzenie kału, a tem więcej badanie drobnowidowe przekonywa nas o ich wchłanianiu. Raczej wzgląd na cholesterynę zawartą w tych tłuszczach mógłby nas powstrzymać od ich stosowania. Bardzo mało wiemy jeszcze o gospodarce cholesterynowej. Przypuszczano, że z cholesteryny powstają kwasy żółciowe, jednak badania Thannhausera czynią to wątpliwem. Wiemy, że żółciany utrzymują cholesterynę w żółci w stanie rozpuszczonym, a brak żółcianów prowadzi do powstawania strątów i złogów. Wiemy dalej, że cierpienia wątroby i dróg żółciowych przebiegać mogą zarówno z hypercholesterynemją jak i bez niej — a zależy to od wpływu wielu innych czynników, a więc nerek, nadnerczy, żółtych ciałek. Jest rzeczą możliwą, że cholesteryna, jak twierdzi Chauffard, powstaje również w ustroju. Wszystko to jednak nie jest dostatecznie zbadane i uzasadnione, aby usprawiedliwić zakaz stosowania pokarmów skądinąd pożytecznych, bo oszczędzających przewód pokarmowy, pobudzających ruchy robaczkowe, a przedewszystkiem bardzo pożywnych i niezbędnych pod względem kulinar-

nym. Z tych to względów nie uważam za uzasadniony zakaz spożywania śmietanki, masła i oliwy, a zwykły u chorych brak łaknienia zabezpiecza najlepiej od przekroczenia pewnych, zresztą zupełnie nieuchwytnych norm ich spożycia.

Najtrudniej ustalić jest wytyczne dotyczące wpływu białka na chorą wątrobę. Zbyt mało wiemy jeszcze o losach drobiny białkowej w ustroju, a nie ulega wątpliwości, że wątroba bierze bardzo żywy udział w przemianie białkowej. Trawienie białka w świetle przewodu pokarmowego polega na jego hydrolizie, przyczem powstają albumozy, peptony i kwasy aminowe. W jakiej postaci przenika białko przez ściany przewodu pokarmowego, ustalić trudno, przypuszczać jednak należy, że rozszczepienie białka w świetle przewodu, szczególnie całkowicie zdrowego, jest daleko posunięte. Wyjątek zdaje się stanowić białko jajka i mleko, podanie których wywołuje u różnych osobników nadzwyczaj sprzeczne odczyny. Obok idjosynkrazji do jajek, stwierdzamy że mleko u jednych powoduje zaparcia, u innych biegunki lub wzdęcia. Ale i pozatem mają one cechy odrębne. Białko jajka kurzego, jak to stwierdził już Claude Bernard, podane w większych ilościach wydziela się z moczem. Mleko możemy zastrzykiwać wielokrotnie bez obaw, jakie słusznie budzi w nas powtórny zastrzyk surowicy. Wstrząs hemoklastyczny Vidala świadczy również o odrębnościach działania mleka. Podług Schiffa i Stransky'ego leukopenja trawienna jest u osesków objawem zwykłym, występującym po podaniu różnych pokarmów. Świadczy to o tem, że wątroba u osesków nie jest jeszcze całkowicie przystosowana do normalnej pracy. Nie bacząc na liczne zastrzeżenia co do wartości rozpoznawczej próby Vidala, — Filiński tłomaczy jej powstawanie przez zatrzymanie w ustroju kwasów żółciowych, inni autorzy widzą w niej odczyn vagotoniczny, — stwierdzić musimy, że istnieją pewne odrębności we wchłanianiu mleka, będące w związku ze sprawnością wątroby.

Pierwszym etapem, gdzie zatrzymują się i ulegają dalszym zmianom wchłonięte produkty rozpadu białka jest niewątpliwie wątroba. Do jakiego stopnia uzupełnia ona pracę przewodu pokarmowego w sensie rozszczepiania drobiny białkowej na aminokwasy, powiedzieć trudno. Głównem zadaniem wątroby jest

jednak pośrednia przemiana białka i magazynowanie zapasów. Wątroba zatrzymuje w sobie zapasy wessanego białka—świadczą o tem doświadczenia Grunda, który przy tuczeniu psów i kur dietą białkową stwierdził pewien, jakkolwiek niewielki przyrost zawartości białka i ciał azotowych. Jednocześnie, jak już mówiliśmy poprzednio, następuje wzrost zawartości glykogenu. Berg stwierdził to samo drogą badań histologicznych. Należy przypuszczać, że owo białko zapasowe nie jest pełnowartościowe, a odpowiada pojęciu chwiejnego białka Hofmeistera, względnie niezorganizowanego Pflügera. Na uwagę zasługuje spostrzeżenie Adlera, że nadmierne obarczenie białkiem powoduje wystąpienie urobiliny w moczu. O udziale wątroby w przemianie białkowej świadczy opisane przez Pawłowa zatrucie mięsne, jakie występuje u psów z przetoką Ecke, odżywianych wyłącznie mięsem. Spostrzegamy tu dziwne zjawisko, że normalny środek odżywczy, jakim jest mięso dla psa, staje się w pewnych warunkach jadem, powodującym śmierć. Fleischer widzi przyczynę zatrucia mięsnego w upośledzonej skutkiem przetoki Ecka czynności wątroby — upośledzenie to polega na zaburzeniu wchłaniania produktów rozpadu białka, na niedostatecznem spalaniu w początku, a następnie na powstawaniu silnie zasadowych ciał, powodujących alkalozę. To tłomaczy nam zbawienny wpływ leczniczy podawania kwasów w tem zatruciu. Nadmienię, że Frerichs zaleca podawanie kwasów w ostrym zaniku wątroby. Fischier podkreśla, że poprzednia głodówka i zastrzyk floryzyny wybitnie usposabia do wystąpienia zatrucia mięsnego — a więc uszkodzenie wątroby, w szczególności zaś zmniejszenie zapasów glykogenu gra tu rolę dominującą.

Jednym z najważniejszych końcowych produktów rozkładu białka jest mocznik. Zarówno dane doświadczalne, jak i spostrzeżenia poczynione w cierpieniach wątroby przemawiają za tem, że mocznik powstaje w wątrobie. Schröder, Nencki, Pawłow i Zaleski, Folin stwierdzili, że mocznik powstaje w wątrobie z amoniaku, z drugiej zaś strony stwierdzono zmniejszenie ilości mocznika w ostrym zaniku (Frerichs) i przewlekłych sprawach zanikowych. Fischler stwierdził, że głodówka psa z przetoką Ecka powoduje znaczny spadek ilości mocznika, szczególnie przy jednoczesnym zastrzyku insuliny—

stąd wniosek, że i tutaj brak węglowodanów przyczynia się do osłabienia sprawności wątroby. Zachodzi pytanie, czy w podłożu wstrząsu hypoglikemicznego nie leży właśnie zaburzenie przemiany białkowej spowodowane przez brak węglowodanów. Niedomoga wątroby objawia się nietylko w zaburzeniach wydzielania mocznika, również i wydzielanie amoniaku, kwasu moczowego (a więc gospodarka purynowa), kreatyniny i wielu innych końcowych produktów rozpadu białka zależnem jest od stanu wątroby.

Odpowiednio do wielkich zadań, jakie ma wątroba w wewnętrznej przemianie materji, zawiera ona bardzo dużo różnych zaczynów, co stwierdził już Hofmeister. Osłabienie sprawności wątroby prowadzi do uczynnienia tych zaczynów w stosunku do komórki wątrobowej, do ostrego jej zaniku. Bergman i Gulecke dowiedli, że uodpornienie trypsyną skutecznie przeciwdziała wystąpieniu ostrego zaniku w tych warunkach doświadczalnych, jakie u zwierząt nieuodpornionych zawsze ten zanik powodują. Również i tutaj zawartość glykogenu ma decydujące znaczenie. W związku z działalnością fermentacyjną wątroby jest też znaczenie jej dla uczulania ustroju. Jak to dowiódł Fischler, nie osiągamy wstrząsu anafilaktycznego u zwierząt z przetoką Ecka, natomiast u zwierząt z odwrotną przetoką, u których krew zarówno z jamy brzusznej, jak i z kończyn dolnych idzie przez wątrobę, wstrząs występuje nader silnie.

Wyjaśniliśmy w ogólnych zarysach olbrzymie znaczenie wątroby w przemianie białkowej. Wszystkie te spostrzeżenia zdobyte drogą doświadczalną nie mogą być bez poważnej korektury zastosowane u łóżka chorego — wiemy naprz., że nie spadek mocznika, a jego wzrost jest u naszych chorych zwiastunem niepokojącym. Zależy to nietylko od tego, że w żywym ustroju nigdy nie mamy do czynienia z oderwanem schorzeniem danego narządu, a zawsze całego ustroju, ale i od stopnia schorzenia; jak już mówiłem poprzednio, doświadczenie to zawsze patologja krańcowości, czysta kwintesencja istoty schorzenia w jego najbardziej posuniętej postaci z usunięciem wszystkich innych czynników, jakie mogłyby nam skazić i zagmatwać wyraźny obraz schorzenia. Niewątpliwie jednak niektóre wnioski

można stąd wyciągnąć, a najważniejszym z nich będzie wskazanie do ograniczenia ilości białka w djecie do możliwych granic. Nieco mniej uzasadniony, ale empirycznie słuszny będzie drugi wniosek, dotyczący rodzaju białka — należy podawać raczej białko roślinne, a nie zwierzęce. Przedewszystkiem odpadają mięsa i ryby tłuste, a więc podwójnie przeciwwskazane—należy do nich gęś, kaczka, wieprzowina, wędlina a z ryb karp. Pozostają kura, cielęcina, chuda wołowina, szczupak, karaś—przedewszystkiem gotowane, ewentualnie i smażone, wyłącznie na maśle lub na oliwie. Wskazane jest podawanie ich razem z węglowodanami, a więc jarzynami lub kompotami. Co do mleka i jajek — wynik badań doświadczalnych, jakkolwiek niedostatecznie uzasadniony, nakazuje pewną ostrożność. Bo jakkolwiek białka te u ludzi dorosłych tylko w wyjątkowych warunkach przekraczają barjerę ściany przewodu pokarmowego w stanie nierozłożonym, to jednak wstrząs hemoklastyczny, objawy idjosynkrazji w stosunku do białka jajka świadczą o pewnej odrębności ich działania, a możliwość, że stawiają one wątrobie inne, lub większe wymagania, zmusza nas do oględności. Ułatwia nam to fakt, że większość chorych nie znosi tych pokarmów, i usunięcie ich z djety nie jest dla chorych uciążliwe, a jak widzę z własnego doświadczenia, często ma wpływ dodatni na dalszy przebieg cierpienia.

Wyjaśniliśmy już znaczenie głównych grup pokarmowych w djetetyce niedomogi wątrobowej. O pożywkach mówić nie będę: poczęści są to rzeczy powszechnie znane; wielką rolę gra stan przewodu pokarmowego; omówię jedynie inną grupę ciał, znaczenie których leży na pograniczu djetetyki i leczenia farmakologicznego. Niestety tutaj dane doświadczalne zawodzą całkowicie, jednak empirycznie stwierdzona celowość tych środków zmusza do poświęcenia im bacznej uwagi. Należą do nich różne soki, wyciągi i napary roślinne, a więc kapusta kwaszona, sok z rzodkwi czarnej, marchwi surowej, następnie napary z różnych ziół, a więc kozłka, rumianku, mięty, rdestu, skrzypu, dziurawca, liści jagód czarnych, jemioły, bzu, kruszyny, strączków senesowych, korzenia fjołkowego, lwiego zęba, jałowca, liści wierzbowych, olchy, piołunu i wielu, wielu innych. Niekiedy napary te są podawane z oliwą lub tranem, co u osób szczupłych być może, jest uza-

sadnione. Farmakologja naukowa, niestety, daje nam niewiele wskazówek o sposobie działania tych ziół, szczególniej o ile dotyczy to schorzeń wątroby. Jedne z tych ziół znane są nam, jako środki czyszczące, inne jako moczo — i wiatropędne. Wiemy o przeciwkurczowem i uspokajającem działaniu niektórych z nich; są między nimi goryczki, tak zwane środki przeciwartretyczne; stwierdzono, że liście jagód czarnych powodują spadek cukru w cukrzycy. Działanie żółcio—i moczopędne wielu z tych ziół wskazuje na ich wpływ na wątrobę.. Nie ulega wątpliwości, że i zawarte w tych ziołach vitaminy grają doniosłą rolę. Ale wszystko to, to tylko luźne uwagi, bo zagadnienie ziołolecznictwa czeka jeszcze na dokładne badanie naukowe, czeka na badaczy, którzyby oddzielili zdrowe ziarno wiadomości istotnych od plew przesądów, mistycyzmu czy wprost szarlatanerji. Nie zmienia to jednak w niczem faktu, że wyniki podawania tych ziół są dobre; nie ustępują one działaniu atofanu, który, jak to wiemy z literatury, nie zawsze jest środkiem odpowiednim, skoro spostrzegano po nim objawy podrażnienia wątroby i żółtaczkę. O kwasach żółciowych mówi się ostatnio coraz mniej — jeszcze jeden dowód, że najdokładniejsze uzasadnienie teoretyczne nie zawsze znajduje potwierdzenie w wynikach praktycznych.

Związek innych stosowanych środków—odkażających, pobudzających wydalanie żółci, z niedomogą wątroby jest jeszcze zbyt mało uchwytny, aby można było mówić o tem konkretnie. Wyjątek stanowi prawdopodobnie kalomel, który działa pobudzająco na czynność wątroby. W jakim stopniu działanie to jest właściwe wodom mineralnym z Karlsbadem na czele, trudno dziś powiedzieć—wszystkie te wody mają jednak pozatem niezmiernie doniosły wpływ na inne narządy, szczególniej na przewód pokarmowy i w ten sposób ułatwiają pracę schorzałej wątroby.

Z oddziału chorób wewn. D-ra G. Lewina i rentgenologicznego Dra N. Mesza

Zgłębnikowanie Jelit cienkich i grubych.

Podali

Dr. N. MESZ i Dr. M. ORZECH. (Warszawa)

Wprowadzenie do przewodu pokarmowego przyrządów lekarskich dla celów rozpoznawczych ma swoją długą i ciekawą historję.

Przeszło 60 lat temu Kussmaul pierwszy wprowadził zgłębnik do żołądka chorego i spowodował przewrót w ówczesnem traktowaniu chorób żołądkowych. Do tego czasu rozpoznania były oparte jedynie na empirji, co doprowadzało do znacznych błędów. Złębnikowanie żołądka umożliwiło dokładne badanie czynności wydzielniczej i ruchowej żołądka, i przyczyniło się do ściślejszego rozpoznania.

Wprowadzenie zgłębnika żołądkowego napotykało jednak początkowo na silną niechęć ze strony wielu ówczesnych lekarzy. Jeszcze v. Ziemssen zalecał w swojej pracy ostrożność w stosowaniu zgłębnika. 30 lat później Fleiner w swoim podręczniku „O chorobach żołądka", poświęca sprawie techniki i wskazań do zgłębnikowania żołądka obszerny rozdział i uwypukla niebezpieczeństwa, jakie grożą choremu przy nieumiejętnem manipulowaniu zgłębnikiem.

Jak widzimy, zgłębnik żołądkowy tylko z trudem uzyskał prawo obywatelstwa w medycynie. Badanie chemizmu li tylko żołądka okazało się wkrótce niedostatecznem. Stwierdzono bowiem, że wydzieliny głębiej leżących narządów trawiennych, a zwłaszcza trzustki, mają nie mniejsze znaczenie dla trawienia, skąd powstało dążenie do bezpośredniego przeniknięcia do XII-cy. Usiłowania Boas'a do wydobycia zawartości XII-cy przy pomocy zgłębnika żołądkowego przy jednoczesnem masowaniu wątroby okazały się nierealnemi. Tak samo technika Bołdyrewa, który posiłkował się zwykłym zgłębnikiem, nie znalazła rozpowszechnienia, aczkolwiek jego badania miały wielkie znaczenie.

Dopiero wprowadzenie przez Einhorn'a złotego kubeczka do XII-cy wskazało właściwą drogę do tego narządu. Przyrząd ten, umocowany na jedwabnej nitce, wprowadzał Einhorn do żołądka, pozostawiając perystaltyce żołądka transport kubeczka do XII-cy:, po pewnym czasie przyrząd wyciągano, napełniony treścią XII-cy.

Jak widzimy, ztąd już pozostaje jeden tylko krok do wprowadzenia zgłębnika XII-czego, który oddał tak wielkie usługi w djagnostyce i terapji XII-cy i przyległych narządów.

Pragnąc otrzymać dokładny zarys i przebieg jelit cienkich i grubych na filmie rentg. bez obciążenia barytowego,E wprowadza stopniowo coraz głębiej poza XII-cę impregnowaną miedzią i ołowiem nitkę, do której przymocowana jest gałka metalowa. Posługując się częstemi zdjęciami Roentg. E. wprowadza nitkę aż do kątnicy, a następnie i dalej poprzez grube kiszki. W ten sposób E. uprzystępnił dla oka zarys i ułożenie XII-cy, jelit cienkich i grubych w jamie brzusznej.

Topograficzne określanie pętel jelita cienkiego jest b. trudne, gdyż w ich przebiegu panuje wielka nieprawidłowość.

Anatomia stwierdza, że pętle, znajdujące się w małej miednicy i przylegające do okrężnicy, mają przebieg poziomy, zaś te, które są ułożone na prawo i na lewo od kręgosłupa, raczej pionowy. Najbardziej nieprawidłowo zachowują się pętle ułożone na wysokości pępka. Pętle poziome i pionowe znajdujące się na lewo od pępka — należą do jelita czczego. Pętle po prawej stronia kręgosłupa, i w małej miednicy należą do jelita krętego. Tyle z anatomji.

Dokładnego potwierdzenia tych stosunków u żywego człowieka dotychczas niema.

Rentgenologicznie dokładnie można odróżnić jedynie odcinki końcowe jelit: pętlę dwunastniczą i końcową pętlę jelita krętego Położone pomiędzy tymi odcinkami pętle dają b. mgliste obrazy. rentg., co zależy od stopnia napełnienia jelit sokami. Obraz staje się tembardziej wyraźny, im bliżej jesteśmy kątnicy, gdyż masa kontrastowa bardziej się zbija, ale tu poszczególnych odcinków zazwyczaj — odróżnić nie można.

Na zdjęciach Rentg., dokonanych przez Einhorna, widzimy, że XII-ca pozostaje niezmieniona we wszystkich okresahc

badania. Jelita cienkie nie mają stałego ułożenia: albo znajdują się skłębione wysoko w nadbrzuszu, albo układają się w prawej lub lewej połowie jamy brzusznej, najczęściej jednak w dolnej części brzucha. Kiszki grube naogół mało, albo wcale nie zmieniają swojej postaci. Fakty te, coprawda dawno znane, zostały w ten sposób przez Einhorna potwierdzone na filmie.

W przebiegu nitki E. spostrzegał pewną prawidłowość: w jelicie cienkiem nitka posuwała się prosto, nie zawijając się z gałką stale na przodzie; w jelicie grubem nitka postępowała w postaci spirali, przodując częściowo przed gałką. Nie jest wyłączone, że przy dokładniejszem zbadaniu tych stosunków, można będzie wyciągnąć ztąd pewne wnioski rozpoznawcze.

Aby uprzystępnić poszczególne części jelit, zwłaszcza okrężnicę bezpośrednim zabiegom leczniczym, Einhorn wprowadził zgłębnik jelitowy składany. Przyrząd ten składa się z kilku zond XII-czych, które dają się między sobą zespolić za pomocą specjalnych metalowych łączników.

Przez ten zgłębnik osiąga się podwójny cel:

1) nasycony ołowiem daje wyraźne cienie i obrazy na filmie Roentg., co może służyć dla celów rozpoznawczych.

2) umożliwia wstrzykiwanie leków do dowolnego odcinka jelit.

Najczęściej E. stosował to leczenie w ciężkich przypadkach *colitis ulcerosa*, które nie poddawały się żadnemu leczeniu wewnętrznemu, a w których była wskazana interwencja chirurg., jakto *appendico*, lub *coecostomia*, ewentualnie *colostomia*. Aparat ten może zaoszczędzić choremu przykrego zabiegu operacyjnego, połączonego z pozostawieniem sztucznego otworu nieraz na długie miesiące, w obawie przed nawrotem choroby.

Co się tyczy samopoczucia chorego podczas kilkutygodniowego leczenia tą metodą, chorzy zwykle dobrze znoszą zgłębnik w jelitach, jak to w zupełności potwierdza przypadek, o którym będzie mowa niżej.

Usuwanie zgłębnika nie powinno budzić żadnych obaw, o ile wykonywa się je według przepisów Einhorn'a: albo przez powolne, częściowe wyciąganie w ciągu dwóch dni *per os*, unikając zbyt gwałtownych ruchów, albo przez przepuszczanie

zgłębnika *przez jelita*. Po kilku dniach zgłębnik wychodzi razem z kałem. Postępowanie takie jest nie mniej bezpieczne, niż pierwsze, dla chorego jednak mniej przyjemne.

W naszym przypadku usuwanie odbyło się obydwoma sposobami. Myśmy doszli do przekonania, że usuwanie powinno odbywać się *per os* pod kontrolą Roentg.

Opierając się na powyższych danych, zastosowaliśmy sposób E. na oddz. chorób wewn. D-ra Lewina w szpitalu Żydowskim w następującym przypadku:

Pani Sz. lat 45; od 2 lat ma objawy *colitis ulcerosa;* leczenie wewnętrzne pozostało bez skutku. Jedynym ratunkiem miał być zabieg chirurgiczny. Zamiast zabiegu, zastosowaliśmy zgłębnikowanie sposobem E. W ciągu dziewiętnastu dni zgłębnik pozostawał w jelitach chorej. Przez zgłębnik wprowadzano w postaci kropel różne lekarstwa. Usunięcie zgłębnika nastąpiło samoistnie: ze względu na to, że oddzielne części zgłębnika nie były dostatecznie przymocowane do metalowych łączników, nastąpiło rozluźnienie gumy, co spowodowało, że na dziewiętnasty dzień chora zwymiotowała jedną połowę zgłębnika, druga zaś odeszła *per vias naturales*. Chora przytem specjalnych dolegliwości nie odczuwała.

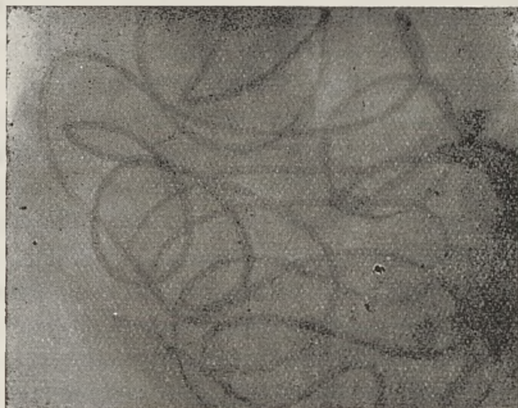
Zdjęć dokonano *pięć* w ciągu dwunastu dni. Ze zdjęcia można było sądzić, że cała długość cienkich jelit wynosi około dwóch metr. wszystkiego bowiem aż do kątnicy wprowadzono trzy metry zgłębnika.

Wszystkie pętle znajdowały się w obrębie cienia żołądka, mniejsza ich część w środku jamy brzusznej. Przedłużono wówczas zgłębnik o 1,5 metra.

Po dwóch dniach ponowne zdjęcie wykazało, że zgłębnik przeszedł przez wszystkie jelita cienkie i grube i tkwił w esicy. (Zresztą tegoż dnia zrana gałka się zjawiła poza odbytem, i musiano zgłębnik wyciągnąć z powrotem o 130 cm. poczem gałka się usadowiła trwale w kątnicy).

Na zdjęciu (patrz ryc.) widzimy: W górnej części jamy brzusznej zarys dużej krzywizny żołądka w kształcie półkolistym i przebieg dwunastnicy. Jelita cienkie tworzą najróżnorodniejsze sploty, wypełniając głównie środkową część brzucha i częściowo miednicę. Krętnica i przejście jej do kątnicy są

wyjątkowo dobrze zarysowane. Wstępnica, zagięcie wątrobowe, poprzecznica, zagięcie śledzionowe oraz zstępnica są ułożone normalnie.



Wnioski:

1). Zgłębnikowanie jelit metodą Einhorn'a jest zabiegiem nieszkodliwym.

2). Potwierdza zmienność ułożenia cienkich jelit w jamie brzusznej.

3). Ma znaczenie lecznicze, poniekąd i rozpoznawcze.

PIŚMIENNICTWO.

Boas: Lehrbuch d. d, Magenkrankheiten
E. Schlesingier: Die Roentgendiagnostik d. Magen u. Darm krankheiten.
Fleiner: Lehrbuch d. Magen und Darm krankheiten,
M. Einhorn: Die Duodenalsonde u. ihre — Anwendungsmoeglichkeiten.

Streszczenia.

Boas. Czy możliwe jest wczesne rozpoznanie raka, zwłaszcza przewodu pokarmowego? (Ars Medici N. 1. — 1930).

Badania statystyczne wykazują ogromny przyrost chorych rakowych. Powstaje znów zagadnienie wczesnego rozpoznania raka — tą drogą, bowiem, można osiągnąć, jak sobie obiecują chirurgowie, rentgenolodzy i specjaliści stosujący rad, zmniejszenie śmiertelności.

„Tragizmem chorych rakowych jest złośliwość ich cierpienia" — powiedział autor już przed 25 laty, teraz można dodać jeszcze do tego „niebolesność" ich cierpienia, właściwie „obojętność" ich nosicieli. Zagadnienie wczesnego rozpoznania jest to problemat biologiczny — należy pamiętać, iż mamy do czynienia z różnemi formami raka — niektóre rodzaje jego tak szybko bujają, iż po najwcześniejszym, zdawałoby się, rozpoznaniu zabieg chirurgiczny okazuje się spóźniony, wówczas gdy w innych przypadkach po kilkumiesięcznym nawet spostrzeganiu chorego udaje się jeszcze usunąć cierpienie. Nie powinno mieć miejsca to, co przytacza Küttner w swym dużym materjale chorych na raka prostnicy. W 60% przypadków, już nie nadających się do radykalnego zabiegu, nie byli chorzy przedtem badani palcem! A więc należy postępować, jak detektyw: węszyć u chorych w wieku rakowym zawsze obecność raka, badać tak długo, aż z czystem sumieniem uda się wyłączyć obecność tego cierpienia.

Fr.

Lurie. Wpływ diatermji w cierpieniach przewodu pokarmowego. (Arch. f. Vrdgskrkch. I. XLV. Zesz. 3—4).

Stosowanie diatermji zyskało sobie pod względem leczniczym poczesne miejsce w najrozmaitszych i na różnych biegunach medycyny stojących cierpieniach.

Autor starał się wykazać wpływ jej na czynność wydzielniczą żołądka oraz na objawy podmiotowe pacjentów. Rozmaici autorzy otrzymywali pod tym względem rozmaite, a nawet wręcz przeciwne, wyniki. Autor poddał temu leczeniu 20 pacjentów.

w tem 2-ch ze stwierdzonem klinicznie i rentgenologicznie owrzodzeniem dwunastnicy, 1-go z owrzodzeniem żołądka; u 4-ch pacjentów nie stwierdzono, w wydzielaniu soku żołądkowego żadnych odchyleń od normy, pozostali cierpieli na nieżyty z niedokwaśnością bądź z nadkwaśnością. W okresie leczenia X stosowano djetę roślinno-mleczną. Żadnych zasad ani kwasów nie podawano. Kuracja trwała od 4—6 tygodni (15—30 nagrze. wań, po 30 minut każde). Z załączonych tablic wynika, iż pod wpływem djatermji kwasota ogólna, ani kwas solny wolny nie ulegają zmianie. Stan podmiotowy chorych znacznie się poprawił prawie we wszystkich przypadkach, co autor tłomaczy lepszem krążeniem lokalnem oraz usunięciem stanów skurczowych.

Józef Nusbaum.

Kagan. Strychnina w leczeniu owrzodzeń żołądka. (Arch. f. Vrdgskrkh I. XLV, zesz. 3—4).

Badania doświadczalne Gundelfingera, Lornati, Popielskiego i innych, którzy po wycięciu splotu słonecznego (*pl. solaris*) u psów zawsze obserwowali powstawanie owrzodzenia żołądka, doprowadziły do teorji, iż w etjologji owrzodzeń żołądkowych należy pierwszorzędną rolę przypisać uszkodzeniu nerwu współczulnego. Porażenie włókien współczulnych żołądka ma powodować rozszerzenie naczyń żołądkowych, a następnie zastój krwi i martwicę źle odżywionej części ściany żołądka. Potwierdziły to badania *Schminkego*, *Müllera* i innych, którzy we wszystkich przypadkach owrzodzeń żołądka stwierdzali rozszerzenie naczyń włosowatych, tętniczych i żylnych i to w częściach żołądka, oddalonych od miejsca ubytku.

Burdenko i Mogilnicki uszkadzali zwierzętom mózg w okolicy ośrodka nerwu współczulnego i obserwowali typowe owrzodzenia żołądka ze wszystkiemi następstwami, aż do wymiotów krwawych i przedziurawienia.

Przyjmując powyższą etjologię owrzodzeń, autor stosował strychninę, jako środek tonizujący nerw współczulny, a więc zwężający naczynia i zwiększający ciśnienie krwi.

Bergmann tłomaczy działanie strychniny porażeniem nerwu błędnego.

Autor stosował ten środek w 30 przypadkach, 1-go dnia— 1 zastrzyk, 2-go — dwa, każdego następnego 3 razy dziennie.

Ogółem każdy chory otrzymywał w przypadkach owrzodzeń — 20 zastrzyków, — w innych zaś — więcej.

U wszystkich chorych — już po kilku zastrzykach — bóle zmniejszały się i następowała ogólna poprawa subjektywna, przyrost na wadze oraz poprawa apetytu. Ani razu nie stwierdzono zatrucia.

J. Nusbaum.

Moutier i Camus. Przyczynek do leczenia wrzodu żołądka hormonem przytarczycy. (Arch. App. Dig. 1929. № 10).

W ciągu ostatnich lat coraz cześciej zwracano uwagę na pewną zależność między niedomogą gruczołu przytarczycowego (*hypocalcinemja!*) a wrzodem żołądka. Były też czynione pewne próby leczenia wrzodów żołądka hormonem przytarczycy. Autorzy donoszą o wynikach, jakie osiągnęli w 9 przypadkach, leczonych zastrzykami parathormonu (Lilly i Collip), albo parathyroidine Byla.

W 4 przypadkach wrzodów na małej krzywiźnie mieli wyniki bardzo szybkie i trwałe. Wrzody, położone bliżej dwunastnicy, mniej się poddawały temu leczeniu. Godne jest uwagi, że wyleczenie jest nietylko podmiotowe, — przedstawione radjogramy wykazują zupełne znikanie nyż. Im starsze były wrzody tem gorzej się poddawały leczeniu. Zastrzyki hormonu niekiedy wywoływały miejscowe obostrzenia, które tylko w jednym przypadku zmusiły do przerwania kuracji.

W swych usiłowaniach wytłomaczenia, jaka łączność istnieje między przytarczycą a błoną śluzową żołądka, autorzy nie przychodzą do konkretnych wniosków.

M. Orzech.

B. Chatzkelson. W sprawie wskazania do operacji w przewlekłem zapaleniu wyrostka robaczkowego (Med. Kl. N. 3. 1930).

W swojej wieloletniej praktyce chirurgicznej autor dokonał wielu operacji przy względnie mało zaznaczonych objawach podmiotowych i we wszystkich prawie bez wyjątku przypadkach stwierdzał mniej lub więcej wyraźne zmiany w wyrostku. Obec-

ność w wyrostku zbitego kału, kamieni kałowych, nadmiernej ilości śluzu przy widocznych wybroczynach Ch. uważa za usprawiedliwienie zabiegu. Przychodzi do tego wniosku na zasadzie dobrych wyników pooperacyjnych.

My, ze swojej strony, nie możemy się w zupełności zgodzić z autorem, gdyż wyniki dalszej obserwacji wielu z naszych operowanych przypadków appendicitidis-chronicae pozostawiały dużo do życzenia.

M. O.

J. Ch. Roux, Swędzenie odbytu a kwasowość wypróżnień. (Arch. App. Dig. 1929. str. 1144).

Autor przytacza kilka przypadków swędzenia (z wielu obserwowanych), w których stwierdzał dużą kwasotę kału oraz resztki roślinnych pokarmów i drzewnika. Podczas gdy żadne leczenie miejscowe nie dawało wyników, jedynie zmiana żywienia na mięsno—rybne już po kilku dniach usuwała cierpienie. Roux zaznacza, że łatwo mogą występować nawroty, o ile pacjent zbyt szybko przechodzi do pożywienia zwykłego (zwłaszcza ziemniaków).

M. Orzech

Elsner: Leczenie guzów krwawniczych zastrzykiwaniami. (Deutsche Mediz. Woch. Nr. 5 1930)

Autor po zastosowaniu u przeszło 100 chorych zastrzykiwań metodą Boasa alkoholu do guzów krwawniczych dochodzi do następujących wniosków: leczenie powyższe jest stanowczo radykalne — jest ono równowartościowe co do wyleczenia z zabiegiem chirurgicznym. Dzięki niezłożonej technice, bezbolesności oraz absolutnego bezpieczeństwa należy uważać sposób takiego leczenia za stojący nawet powyżej leczenia chirurgicznego. Im większe guzy — tem więcej nadają się one do stosowania zastrzyków. Zabieg trwa kilka minut, wymaga tylko 3—dniowego spokojnego leżenia w łóżku; nadaje się szczególnie do stosowania u chorych z miażdżycą naczyń, u sercowo chorych, oraz u chorych z przerostem gruczołu krokowego, jak również u cukrzycowych. Najważniejszą zaś jest ta okoliczność, iż temu zabiegowi poddają się chętnie cierpiący na

uporczywe krwawienia z guzów, a obawiający się zabiegu chirurgicznego, który jest bądź co bądź zabiegiem, nie zawsze bezpiecznym.

F r.

Protokóły posiedzeń.

Polskie Towarzystwo Gastrologiczne

Posiedzenie z dn 30IX—29 r.

1. K r y ń s k i B. pokazuje rentgenogramy przewodu pokarmowego 4—dniowego dziecka z wrodzonem zwężeniem jelita biodrowego oraz zdjęcia, tyczące się noworodka *z atresia ani post partum.* Obydwa przypadki będą ogłoszone drukiem

L u b e l s k i — zaznacza, że zwężenia końcowego odcinka jelita biodrowego najczęściej są wywołane powrózkiem L a n e ' a (*Lig*—L a n e ' a). Jest to twór, składający się z tkanki łącznej pokrytej otrzewną, który w kształcie powrózka przyrośnięty jest z jednej strony do dolnej powierzchni końcowego odcinka jelita biodrowego, a z drugiej do tylnej ściany jamy brzucha w obrębie talerza biodrowego, lub małej miednicy. Powrózek *Lane'a* odciąga ku dołowi odcinek jelita biodrowego, wywołuje jego załamanie i zwężenie; na tle tego zwężenia powstaje częściowa, a nawet zupełna niedrożność jelita.

C z a r k o w s k i — zwraca uwagę na różnicę, jaka zachodzi często między badaniem rentgenologicznem a zgłębnikowaniem żołądka. W przypadkach, gdzie przy sondowaniu zalegania nie dostrzegamy, rentgenolog je znajduje.

Według O r z e c h a zmniejszenie żołądka, upośledzenie jego czynności ruchowej przy jednoczesnem zwężeniu cienkiego jelita—wszystkie te objawy dałoby się dostatecznie wytłomaczyć zrostami, obejmującemi żołądek, dwunastnicę i cienkie jelito. Zrosty te mogłyby powstać na skutek sprawy zapalnej w otrzewnie za życia wewnątrzmacicznego.

K r y ń s k i w odpowiedzi zaznacza, iż pojemność żołądka zależna jest od silnego ucisku rozdętego jelita, które uniosło żołądek ku górze. Ucisk na dwunastnicę opóźnia opróżnianie

się. Widzimy więc po 12 godzinach jeszcze ślad pokarmu w żołądku (aczkolwiek zmięszany jest z mlekiem). Systematyczne, aczkolwiek powolne, przejście pokarmu przemawia przeciw skurczowi oddźwiernika noworodków. Nie jest wykluczone, że zwężenie znajduje się w okolicy kątnicy (powrózek L a n e ' a). Co się tyczy zalegania pokarmu w żołądku, stwierdzanego na ekranie, a nie potwierdzonego przez analityka, to tłomaczy się różnicą warunków technicznych, w jakich obydwaj pracują. Gdyby analityk, podając choremu 400 gr. barytu, nie znalazł śladów jego po 8 godzinach w przypadku, w którym rentgenolog znajduje, mogłaby być mowa o sprzeczności wyników. Jeśli jednak pokarmy podane różnią się ilościowo i jakościowo, wyniki nie dają się porównać. Jest bezsprzecznie związek między sprawą chorobową wyrostka, lub pęcherzyka, a czynnością żołądka. Stwierdza się często po początkowem przyspieszeniu czynności następcze zwolnienie. Jeśli więc żołądek w ciągu 2-ch godzin wydał 2/3 zawartości a 1/3 pozostaje w żołądku przez dalsze 4-ry godziny, nie jest to wskaźnikiem sprawy chorobowej żołądka. Czynność żołądka może się w różnych okresach badania zmieniać (próba wodna i rodzynkowa).

2. G r u n d z a c h — wygłasza odczyt: „O mechanizmie działania wód mineralnych, czyszczących, chlorowo—sodowych w cierpieniach kiszek pochodzenia bakteryjnego".

G r y n k r a u t: o ile ładunki elektryczne nie są stosowne, możemy z łatwością je zamienić na bardziej stosowne. Mamy do rozporządzenia prąd gałwaniczny, naświetlania lampą kwarcową i promieniami Rentgena, które wpływają na alkalizację surowicy krwi. Moglibyśmy w ten sposób wpłynąć na rozmieszczenie jonów dodatnich i ujemnych czyli na istotę choroby.

J u s t m a n: W zwalczaniu biegunek pochodzenia bakteryjnego należy główny nacisk kłaść nie na bakterjobójcze działanie zastosowanych środków, a raczej na zmianę warunków chemicznych i fizycznych podłoża, utrudniających a nawet uniemożliwiających rozwój bakteryj. Środki te wywierają działanie nie tylko na zawartość przewodu pokarmowego. Jony, jak wiemy, działają wielostronnie na koloidy tkanek. J. przytacza, jako przykład, działanie odwadniające wapnia, a uwadniające sodu

Rubinrot zwraca uwagę na teorję Sanarelli'ego, która rzuca pewne światło na właściwości wód mineralnych, opartych na ich radoaktywności. Być może, że radoaktywne wody ułatwiają łączenie się w pożytecznym kierunku różnoładunkowych cząsteczek.

Przewodniczący Wejnert, dziękuje referentowi za pobudzenie myśli gastrologów do pracy w kierunku balneologji, którą tak często i chętnie się posługujemy, a która tak rzadko jest przedmiotem naszej dyskusji. Referat prelegenta nasuwa całą masę tematów do rozważenia. Należałoby wybrać z pośród nich poszczególne pytania ciekawsze i każdemu z nich poświęcić osobną rozprawę.

20 listopada 1929 r.

Pokazy: 1. Frank — pokazuje zgłębnik dwunastniczy, podany przez Künstlera. Składa się ten zgłębnik z 2-ch części, jednej — krótszej (40 cm.), drugiej — dłuższej, która przedłuża zgłębnik do miary zwykłej sondy dwunastniczej: wprowadza się najpierw krótszą część z mandrynem, następnie po wysunięciu mandrynu dośrubowuje się dłuższą część. Obok oliwki przymocowana jest jeszcze na nitce jedwabnej kulka metalowa, która toruje drogę do dwunastnicy, wobec czego zgłębnik szybciej niż zwykle przedostaje się do dwunastnicy.

Mintz zapytuje, czy Frank przekonał się praktycznie o zaletach nowego zgłębnika. Wprowadzenie sondy z mandrynem stosowano bowiem już dawno. Co do kulki metalowej, — zgłębnik Einhorna posiada również gałkę metalową, która swoim ciężarem przyspiesza przejście zgłębnika do dwunastnicy.

Kryński zwraca uwagę na wielkie trudności, które mają rentgenolodzy przy stosowaniu *pneumoduodenum* za pomocą zgłębnika Einhorna. Nieraz zgłębnik pozostawał przez 12 godzin i dłużej w żołądku; z tego powodu przestano stosować tę metodę. Zgłębnik Künstlera teoretycznie zdaje się prędzej nadawać do tego rodzaju badań.

Grundzach sądzi, że tylko doświadczenie kliniczne (porównawcze) może wartość nowego zgłębnika należycie przedstawić.

2. Frank—przedstawia zdjęcie rentgenowskie żołądka 56-letniego mężczyzny, który cierpiał od pół roku na dolegliwości żołądkowe: bóle w kilka godzin po przyjęciu pokarmu, zaparcie stolca i brak łaknienia. Badanie treści żołądkowej wykazało naczczo wzmożoną kwasotę (56 HC1 wolnego, 88 — ogólnej kwasoty) krwawienie utajone w treści żołądkowej i kale. Przy odpowiedniej djecie bóle ustąpiły, natomiast krwawienie utajone nadal trwało. Badanie rentgenowskie wykazało ubytek cieniowy w okolicy oddźwiernika na tle prawdopodobnie nowotworu. Wobec uporczywego krwawienia i rozpoznania rentgenowskiego chory był operowany. Stwierdzono nowotwór-rak, potwierdzony następnem badaniem drobnowidowem. Pięć dni po zabiegu chory zmarł przy objawach charłactwa.

Podług Goldsteina ważną rzeczą byłoby zbadanie dokładne drobnowidowe całego guza. Jeżeli nowotwór w tym przypadku nie zniszczył gruczołów wydzielniczych żołądka, istnienie dużej ilości wolnego HC1 da się łatwo wytłomaczyć. Należy wogóle baczniejszą uwagę zwracać na rodzaj raka żołądka, a zwłaszcza, jakie tkanki w ścianie żołądka guz zniszczył.

Orzech stwierdza, że przypadek Franka nie należy do częstych. Raki bowiem i inne guzy oddźwiernikowej częśc żołądka dają zanik wolnego kwasu solnego z powodu specjalnej budowy śluzówki w tem miejscu. Raki dużej krzywizny nierzadko wykazują nadkwaśność.

Adelfang nadmienia, że ubytek cieniowy na rentgenogramie części oddźwiernikowej nie jest zawsze spowodowany nowotworem. Kilkakrotnie stwierdzony na ekranie i na kliszy przez niego ubytek cieniowy części oddźwiernikowej był wywołany guzem zapalnym lub wrzodem modzelowatym (rozpoznanie anatomopatologiczne),

Spiro jest zdania innego niż Adelfang; rentgenogram nie nasuwał żadnych wątpliwości; w pozycji leżącej wykazywał również ubytek identyczny.

Dolkart. Nadkwaśność w rakach oddźwiernika jest zjawiskiem rzadkiem, skoro jednak badanie wykazuje nadkwaśność i zaleganie, jest zrozumiałą obecność czworniaków w obrazie mikroskopowym.

Lubelski. Rozpoznanie kliniczne, oparte na rezultatach badań treści pokarmowej żołądka często nie zgadza się z obrazem schorzenia, stwierdzonego przez chirurga na stole operacyjnym. Dotyczy to nietylko raków, ale też i owrzodzeń żołądka. Przy badaniu treści pokarmowej żołądka klinicysta stwierdza duży odsetek ogólnej kwasoty i wolnego kwasu solnego i rozpoznaje owrzodzenie żołądka, natomiast chirurg podczas zabiegu nie znajduje owrzodzenia i stwierdza stan zapalny w obrębie dwunastnicy, oddźwiernika, lub pęcherzyka żółciowego (*periduodenitis*, *perigastritis*, *pericholecystitis*), zależny od przebytego zapalenia pęcherzyka żółciowego lub schorzeń prawego odcinka grubego jelita. Również wiadome jest, iż zmniejszenie ogólnej kwasoty i wolnego kwasu solnego w treści pokarmowej żołądka nie przemawia zawsze za rakiem.

M. Lubelski: O leczeniu nitkowatych zwężeń przełyku po oparzeniach płynami żrącymi z zastosowaniem zgłębnika własnego pomysłu.

Film, wyświetlający przebieg leczenia tych zwężeń.

Czarkowski — wspomina o podobnym zgłębniku giętkim, stosowanym we wzdęciach u zwierząt domowych, zapytuje prelegenta, czy po dłuższym czasie nie spostrzegał nowotworów.

Niewiadomski — opisuje sposób postępowania, stosowany w zwężeniach przełyku na tle oparzeń na oddziale ś. p. Al. Zawadzkiego. Zamiast zgłębnika giętego, metalowego używano do rozszerzenia przełyku nitki jedwabnej, różnej grubości i sznurków lnianych, obciągniętych rurką gumową. Wyniki naogół były zachęcające.

Lubelski — w odpowiedzi zaznacza, że zgłębnik do rozszerzania nitkowatych zwężeń przełyku jest wyłącznie jego wynalazkiem. Nawet w najobszerniejszych katalogach narzędzi u nas i zagranicą podobnych zgłębników niema. Zgłębnik, przez Lubelskiego skonstruowany, składa się z 4-ch części, przeznaczenie których zrozumiałe się staje przy zastosowaniu zgłębnika. Jest on wykonany z giętkiej metalowej sprężyny. W porównaniu z innemi zgłębnikami ma on następujące zalety:

1) po dokonanej gastrostomji zgłębnik może być wprowadzony nawet do nitkowato zwężonego przełyku.

2) Wprowadzony zgłębnik nie sterczy z jamy ust, nie męczy chorego i dlatego można go w przełyku pozostawić na parę godzin: ma to duże znaczenie przy mechanicznem rozszerzaniu przełyku.

3) Ze względu na swą giętkość zgłębnik rozszerza zwężenia, znajdujące się na różnych wysokościach przełyku, niezależnie od ich liczby i formy; rozszerza nawet wówczas zwężenia, jeśli one zbaczają z prostej linji, t.j. są ekscentryczne odnośnie do światła przełyku.

4) Rozszerzanie zgłębnikami mego pomysłu daje bardzo dobre wyniki z gwarancją zupełnego bezpieczeństwa.

5) Po dokonanej gastrostomji rozszerzanie przełyku może przeprowadzić każdy lekarz; nie potrzeba żadnych specjalnych, fachowych wiadomości.

6) Po pewnym czasie wprowadzenie zgłębnika wobec zupełnego bezpieczeństwa może być powierzone nawet samemu choremu i wykonane ambulatoryjnie. (Komplety zgłębników wyrabia firma „Alfons Mann", Warszawa, Pl. Małachowskiego 2).

B. Kryński: „Śluzówka żołądka w obrazie rentgenologicznym". Odczyt i pokaz szeregu rentgenogramów, (będzie ogłoszony drukiem).

Dnia 18.XII—1929 r.

Obecnych 44. Przewodniczy Br. Wejnert.

1. Przewodniczący Wejnert wygłasza przemówienie (podane na początku Nr. 2 „Gastrologji") do członków honorowych Grundzacha i Mintza, podnosząc ich zasługi dla nauki i Towarzystwa Gastrologicznego i wręcza im dyplomy z podpisami członków Zarządu. Grundzach i Mintz dziękują w serdecznych słowach za odznaczenie, jakiem ich obdarzyło Towarzystwo; będzie to dla nich bodźcem do dalszej pracy dla dobra Towarzystwa.

2. Goldstein Paweł. Przypadek obcego ciała w przełyku. 63-letni mężczyzna zakrztusił się podczas jedzenia. W Pogotowiu wprowadzono miękki zgłębnik, który swobodnie przeszedł. Po kilku dniach jednakże wystąpiła niedrożność, stan

ogólny się znacznie pogorszył. Laryngolog wykonał próbę usunięcia ciała obcego za pomocą wziernika przełykowego, ale bezskutecznie, 6-tego dnia G. operował pacjenta przy ciepłocie 38,6 w stanie ciężkiej dusznicy i niemożności połykania nawet płynnych pokarmów. *Oesophagotomia externa* w znieczuleniu miejscowem. Z trudnością udało się wydobyć ciało obce, kręg z ogona barana. Ropień miejscowy. Przez dwa tygodnie karmiono chorego za pomocą zgłębnika, wprowadzonego przez ranę oper. do żołądka. Następnie zakładano zgłębnik do żołądka przez noc i zagojono ranę. G. podaje do wiadomości ten przypadek ze względu na wiek chorego, późny okres choroby i pomyślny wynik.

3. Goldstein przedstawia preparat wyciętego nowotworu esicy z przerzutem na jelito cienkie. 57-letnia chora leczyła się przed 8-miu miesiącami w szpitalu z powodu kamicy żółciowej, po 5-ciu tygodniach opuściła szpital w stanie znacznej poprawy. Przed 3-ma tygodniami przybyła na oddział chirurgiczny z objawami niedrożności przypuszczalnie z przeszkodą w esicy. Podczas zabiegu stwierdzono guz esicy z przerzutem na jelito czcze. G. wykonał wycięcie esicy z guzem oraz odpowiedniej pętli jelita cienkiego i zespolenie końcowo-końcowe jelita cienkiego; odcinek dolny jelita grubego zamknięto szczelnym szwem dwupiętrowym, a górny wyprowadzono na zewnątrz tworząc odbyt sztuczny. Chora wyzdrowiała.

4. M. Lubelski i L. Justman. Przypadek raka kątnicy i wstępnicy.

Przypadek dotyczy chorego S. D., lat 35, który od dwóch lat skarży się na bóle brzucha ze strony prawej. Bóle z wymiotami i rozwolnieniem powtarzały się co parę miesięcy. Chory dobrze zbudowany i bardzo dobrze odżywiony. Przed rokiem stwierdzono obecność guza w obrębie kątnicy. Operacyjnie stwierdzono guz wielkości dwóch pięści dorosłego człowieka który obejmował kątnicę, dolną połowę wstępnicy i zrośnięty był z siecią. O charakterze guza nie można było sądzić nic pewnego. Narazie dokonano zespolenia końcowo-bocznego. Po przecięciu końcowego odcinka jelita biodrowego, koniec dośrodkowy zamknięto na głucho, a odśrodkowy zespolono z poprzecznicą. Po operacji w przeciągu 7-miu miesięcy naświetlano cho-

rego, promieniami Rentgena; guz jednak nie zmniejszał się. Przed ośmiu miesiącami dokonano drugiego aktu operacji. Usunięto guz kątnicy razem z wstępnicą i częścią poprzecznicy do miejsca poprzednio dokonanego zespolenia. Operację tę, jak i poprzednią, chory zniósł bez powikłań. Badanie drobnowidzowe guza (prof. P a s z k i e w i c z) wykazało utkanie raka galaretowatego.

Przedstawiony przypadek zasługuje na uwagę ze względu na pewne trudności rozpoznawcze. U osób młodych rozpoznanie różniczkowe guzów kątnicy często waha się między gruźlicą a guzem złośliwym. Ani wywiady, ani objawy, ani też rentgenografja nie dają pewnego rozpoznania. U osób młodych guzy kątnicy są często pochodzenia gruźliczego, (przerostowa postać gruźlicy), aczkolwiek, jak wiadomo, i w wieku młodym w jelitach grubych spotyka się raki. Prelegent operował raka prostnicy u kobiety 24-letniej i u chłopca 18-to letniego, a najmłodsza jego pacjentka z rakiem prostnicy — miała lat 14. Przeciwnie u osób starszych, między 45 — 70 r. życia, guzy kiszek grubych są to przeważnie raki. Według statystyki *Stamlera* na 2083 przypadków raka jelit — 50% raków przypadało na prostnicę, a 42,5% na inne odcinki jelit grubych. Nawet podczas zabiegu nie można mieć pewności, jakiego rodzaju guz jelita mamy przed sobą. W niektórych przypadkach guzów kątnicy małe gruzełki wielkości łebka od szpilki, rozsiane na ścianie jelita i otrzewnie, przemawiają za gruźliczem pochodzeniem guza; w innych przypadkach, podobnie jak w operowanym przez prelegenta, o utkaniu guza rozstrzyga mikroskop.

5. M. L u b e l s k i. Przypadek raka woreczka żółciowego, współistniejącego z kamicą żółciową.

Przypadek dotyczy kobiety 52-letniej, która początek choroby datuje od 7-miu miesięcy. Z początku co 2 — 3 tygodnie, a ostatnio codziennie, występowały bóle w prawem podżebrzu, którym towarzyszyła wysoka ciepłota i wybitna żółtaczka. — Chora przechodziła kurację w Karlsbadzie bez skutku.

W prawem podżebrzu wymacywała się powiększona wątroba i duży pęcherzyk żółciowy, bolesny na ucisk. W narządach wewnętrznych nic szczególnego; w moczu — indykan i barwniki żółciowe. Zdjęcie roentgenowskie stwierdziło obecność dużych

kamieni na wysokości talerza biodrowego. (skład kamieni: sole wapnia, cholesteryna).

Operacji dokonano cięciem Kehra. Duży pęcherzyk usunięto podotrzewnowo. W pęcherzyku prócz kamieni wymacywał się na dnie naciek, wielkości orzecha włoskiego. Przewód wspólny żółciowy — bardzo rozszerzony. Po usunięciu pęcherzyka wprowadzono sączek gumowy w formie „T" do przewodu wątrobowego i wspólnego żółciowego.

W pęcherzyku znaleziono 6 kamieni wielkości orzecha laskowego, a na dnie — nowotwór, w utkaniu którego mikroskop wykazał raka zwyczajnego. W związku z tym przypadkiem nasuwa się problemat do rozwiązania, co powstaje pierwotnie — rak, czy kamienie żółciowe?

Statystyka wykazała, że aczkolwiek prawie w 90% raków pęcherzyka znajdujemy kamienie, tak np. Courvoisier w rakach pęcherzyka stwierdził kamienie w 87,5%, a Amer — w 95,5%, to jednak tylko w 1—2% przypadków można przypuszczać, że kamienie były przyczyną powstania raka.

6. M. Lubelski i M. Floksztrumpf. Przypadek raka poprzecznicy, leczonego operacyjnie i fizykalnie (rad, rentgen, metale ciężkie).

Chory U. B., lat 49, przybył 25.VI. 1926 r. na oddział szpitalny z objawami ostrej niedrożności jelit. Od paru dni brak wypróżnień, nudności, bóle w prawem podżebrzu. Brzuch wzdęty, stawianie się jelit i objaw pluskania ze strony prawej. Po wysokiej lewatywie stan chorego nieco się poprawił; brzuch opadł, i wówczas w prawem podżebrzu wymacywał się guz.

I,VII. 26 r. dokonano operacji. Stwierdzono guz rakowaty w okolicy zagięcia wątrobowego poprzecznicy. *Usunięcia guza dokonano dwuczasowo.*

W 2 miesiące po zabiegu zauważono naciek w miejscu krezki, a w skórze, na miejscu wytworzonej życi, owrzodzenie wielkości około 6 ctm. średnicy. Owrzodzenie to miało wszelkie cechy rakowate. Dokonana biopsja wykazała gruczolorak. Stan chorego zaczął się gwałtownie pogarszać. We wrześniu 1926 r. chory był naświetlany promieniami X. Po naświetlaniu stan chorego się nie poprawił. Bóle się wzmagały, charłactwo postępowało, naciek w krezce powiększył się do rozmiarów pięści

dorosłego człowieka. Curieterapja: w październiku wkłucie aplikatorów sposobem de Nabias'a na okres 14 dni, oraz w styczniu 1927 r. aparat plastyczny na 15 dni. 25.I. 1927 r. chory wypisuje się ze znaczną poprawą: zagojenie owrzodzenia, zmniejszenie nacieku w krezce. — 20.III. 27 r. chory zostaje ponownie przyjęty na oddział w stanie b. ciężkim: objawy niedrożności jelit i silne bóle. — Miejscowo stwierdza sie owrzodzenie rakowate dookoła wytworzonej życi oraz guz wielkości pięści dorosłego człowieka, wychodzący prawdopodobnie z krezki. Chory nie opuszcza łóżka; bóle ustępują jedynie pod wpływem morfiny.

Curieterapję zastosowano po raz trzeci w marcu 1927 r. (obkłucie owrzodzenia na 14 dni).

Wychodząc z założenia, że guz jest niewrażliwy na wszelką aktinoterapję (rad i Roentgen), podjęto jednocześnie próby w celu uczulenia guza. Terapję prowadziliśmy sposobem własnym (Floksztrumpf), używając jako substancyj uczulających anabole O p i t z a oraz zawiesinę selenu i miedzi. Od kwietnia 1927 r. zaczęliśmy jednocześnie naświetlać chorego słabemi dawkami promieni X. (Dr. Mesz). Leczenie skończyliśmy w styczniu 1928 roku. Ogółem chory otrzymał 5 seryj naświetlań promieniami X. — (w kwietniu, maju, lipcu, sierpniu oraz listopadzie 1927 roku), otrzymując za każdym razem po 6 H. przy 4 m|m aluminium i $^1|_2$ m|m cynku, oraz 56 zastrzyków anaboli i 24 zastrzyków miedzi i selenu. — Po drugiej serji naświetlań promieniami X, t. j. w maju r, 1927 guz znikł w zupełności, i stan chorego zaczął się szybko poprawiać. W krótkim czasie choremu przybyło na wadze 9 kg. Od maja 1827 r. do chwili obecnej, t. j. od 2ch lat i 7 miesięcy, nawrotu niema, i chory pracuje zawodowo. — Zdecydowani jesteśmy obecnie, poddać chorego operacji zamknięcia życi.

J. F l o k s z t r u m p f przedstawia dwuch chorych leczonych radem z powodu raka prostnicy, wynik w obu przypadkach dobry. Prelegent przedstawia obecny stan curieterapji odnośnie do nowotworów prostnicy, bliższe i dalsze wyniki, przytaczając dane ze statystyki swojej i innych, kładzie wielki nacisk na konieczność założenia życi sztucznej przed aplikacją radu. W przypadkach, nie nadających się do zabiegu doszczęt-

nego z powodu rozmiarów guza, charłactwa lub złego stanu ogólnego, należy według F. kierować chorych do curieterapji

W pewnym odsetku możemy przynieść ulgę i poprawę a w pewnym procencie nawet uzdrowić.

W drugiej części posiedzenia przewodnictwo obejmuje W. Róbin.

8. B. Wejnert — wygłosił odczyt p. t. „W sprawie nowotworów jelit" (ogłoszony drukiem w N 2 Gastrologji). W dyskusji nad pokazami i odczytem Rubinrot wypowiada zdanie, że pokaz Lubelskiego i Floksztrumpfa jest ważny z tego względu, iż rehabilituje poniekąd rentgenoterapię, usuniętą w ostatnich czasach na drugi plan na korzyść radoterapji. R. naświetlał pacjentkę po operacji wycięcia guza poprzecznicy z nawrotem w miejscu zespolenia, wielkości pięści. Guz ten znikł po serji naświetlań promieniami R. Uczulenia solami ciężkich metali nie stwierdzono. Według R. dotychczasowe wyniki stosowania soli ciężkich metali należą jeszcze do dziedziny prób.

Lubelski — twierdzi, iż zrost guza jelita grubego z jelitem cienkiem nie jest przeciwskazaniem do zabiegu, czego jest dowodem operacja, wykonana przez Goldsteina; również znane są przypadki raka żołądka, zrośnięte z poprzecznicą, gdzie podczas operacji prócz części żołądka usunięta była i część poprzecznicy z wynikiem pomyślnym. Natomiast przeciwwskazaniem do operacji guzów jelit są te przypadki, w których znajdujemy przerzuty do wątroby, do gruczołów pozaotrzewnowych i krezki, lub rozsiane wtórne guzy na otrzewnie.

Do odczytu Wejnerta (w sprawie nowotworów jelit).

Odsetek pomyślnych wyników w operacjach prostnicy zwiększył się nietylko dlatego, że udoskonaliła się technika operacyjna tych przypadków, ale i z przyczyn następujących:

Dzięki metodzie brzuszno-kroczowej mamy możność stwierdzenia, czy wogóle przypadek nadaje się do zabiegu doszczętnego. O ile przy rewizji jamy brzucha stwierdzamy przerzuty do gruczołów pozaotrzewnowych i do wątroby, wówczas

uważamy przypadek za nienadający się do doszczętnego zabiegu. W ten sposób odpada dużo przypadków, które uprzednio były operowane nie metodą brzuszno-kroczową, ale inną, naprz. metodą Kochera, Kraskego i t. d. Operacje te kończyły się niepomyślnie wskutek przerzutów, uprzednio nie stwierdzonych przez chirurga. Przypadki te w dużej mierze pogarszały statystykę operowanych guzów prostnicy.

Adelfang — zwraca uwagę na trudności, jakie mamy do zwalczania w rozpoznaniach rentgenologicznych nowotworów jelit cienkich i grubych. Nowotwory okrężnicy nie zawsze przebiegają z objawami zwężenia, nieraz mamy tylko płaskie nacieczenia, nie dające wcale, lub tylko małe ubytki cieniowe, niedostrzegane przez rentgenologa. Istnieje pozatem szereg spraw zapalnych, przeważnie zstępnicy i esicy, które trudno odróżnić od spraw nowotworowych, i tylko ścisła współpraca klinicysty, chirurga i retngenologa może ustalić dość wczesne rozpoznanie.

Flokszttrumpf — zaznacza, że jest pesymistą co do wyników wyłącznej rentgenoterapji. Nigdy nie spostrzegał wyraźnej stałej poprawy. Natomiast jest zwolennikiem leczenia chirurgiczno-radowego, a tylko w przypadkach, gdzie wyżej wymienione sposoby nie mogą być zastosowane, zwracać się należy do naświetlania promieniami X, połączonego z zastrzykami związków ciężkich metali, w celu uczulania tkanki nowotworowej na działanie promieni X.

Justman — przypomina, że przypadek raka kątnicy, demonstrowany przez kol. Lubelskiego, pokazywał na posiedzeniu Tow. w lutym 1928 r. Ani wygląd ani miejscowy obraz nie przemawiał za rakiem kątnicy. Raki poprzecznicy dają późno przerzuty, wobec czego możemy być tu bardziej radykalni w postępowaniu operacyjnem, nawet w przypadkach, zdawałoby się, spóźnionych.

Niewiadomski — przypomina, iż przeważnie guzy esicy szerzą się wzdłuż naczyń chłonnych. Można by myśleć o tem, że pierwotnem siedliskiem guza była ściana jelita cienkiego, przemawia atoli przeciw temu ograniczenie ucisku nowotworowego tylko do jednej ściany podczas gdy guz esicy obejmuje ją okrężnie. Jeżeli krezka esicy była dość długa,

guz mógłby być ruchomy, łatwo przesuwalny w prawą górną część brzucha i w pewnych chwilach symulować pęcherz żółciowy, wypełniony kamieniami.

Według Orzecha rzadkość przerostu raka esicy na pętlę cienkiego jelita tłomaczy się charakterem raka. W przypadku Goldsteina mamy do czynienia z *carcinoma gelatinosum*.

Goldstein zaznacza, że kreska esicy nie była dostatecznie długa, aby guz mógł upozorować pęcherzyk żółciowy.

Mesz. Chory z obcem ciałem w przełyku wprowadza sam sobie zgłębnik żołądkowy, a więc zwężenia przełyku niema. Obserwuję od 4-ch lat przypadek raka prostnicy wraz z przerzutami w gruczołach pachwinowych i w wątrobie. Guzy pod wpływem wyłącznie promieni X znikły całkowicie. Nawiązując do pokazu Goldsteina „usunięcia obcego ciała z przełyku" zwraca naszą uwagę na postępowanie pooperacyjne, które nieraz decyduje o pomyślnym wyniku operacyjnym. W analogicznym przypadku uwięźnięcia protezy zębowej w przełyku Mesz ułożył chorą po operacji głową na dół (pozycja Trendelenburga). W tem położeniu utrzymano chorą przez 10 dni, karmiono przez zgłębnik, wprowadzony przez nas do żołądka. M. przypuszcza, że dzięki temu postępowaniu chora uniknęła zapalenia ropnego śródpiersia i wyzdrowiała. Chętnie stosuje leczenie kombinowane naświetlania rentgenowskie i wlewanie śródmięśniowe metali ciężkich, ale wbrew opinji Flokstrumpfa twierdzi, że można osiągnąć dobre wyniki, także przy stosowaniu li tylko naświetlań rentgenologicznych.

Jako przykład może służyć chociażby przyp. Goldsteina raka esicy, operowany i naświetlany po zabiegu. Rak uznany od 4 lat.

Orzech podaje do wiadomości, że chora, ktorą operował Goldstein z powodu raka esicy, 7 miesięcy przed operacją przebywała przez kilka dni na oddziale wewn. Już wówczas skargi chorej nie wskazywały wyraźnie schorzenia pęcherzyka żółciowego, cierpiała ona na zaparcie stolca w znacznym stopniu (brak stolca przez 10 dni w wywiadach). Z powodu zbyt krótkiego pobytu chorej na oddziale nie można było dokładnie i wszechstronnie sprawy wyświetlić. Prawdopodobnie od początku choroby mieliśmy do czynienia z nowotworem kiszek.

C y t r o n b e r g dodaje do wymienionych przez prelegenta wczesnych objawów nowotworu prostnicy i dolnych odcinków jelita grubego jeszcze jeden mniej znany a jednak dość częsty, wczesny i charakterystyczny objaw, mianowicie ściskanie i uczucie kurczów w okolicy dołka podsercowego. Ten objaw podmiotowy, o ile nie można znaleźć dla niego podkładu przedmiotowego w postaci jakiegokolwiek schorzenia narządów tej okolicy (żołądka, dwunastnicy, wątroby, dróg żółciowych, trzustki i t. d.) winien zawsze nasuwać podejrzenie co do możliwości istnienia nowotworu lub innej nieprawidłowości. W obrębie dolnego jelita grubego zwracać należy badanie w tym kierunku. Na dowód przytacza C. przypadek Justmana i Lubelskiego. Jak pamiętamy, podczas pokazu tego chorego przed kilkoma miesiącami, skargi pacjenta ograniczały się przeważnie do bólów w nadbrzuszu, a myśmy już wówczas myśleli o sprawie chorobowej w dole brzucha. *„Sympatheses interdigestives"* prace O d d a i inne doskonale objaśniają dlaczego dolegliwości chorego umiejscowiają się tak często w okolicy, odległej od rzeczywistego siedliska schorzenia. Pozatem w tem zjawisku biorą udział i czynniki humoralne. Jak często zawodzą nasze sposoby badania, dowodzi ten przypadek. Podczas pierwszego pokazu był wyczuwalny guz wielkości jabłka w głębi okolicy kątnicy, zupełnie nie ruchomy, nie bolesny, pozornie zrośnięty z tylną ścianą brzucha. Nasuwały się wtedy różne rozpoznania od gruźlicy gruczołów pozaotrzewnowych aż do rzadkich postaci „teratoma", torbieli i t. d. badanie dotykowe i rentgenologiczne wykluczały schorzenie jelita biodrowego lub kątnicy, które stwierdzono podczas zabiegu chirurgicznego. Nawiązując do pokazów Floksztrumpfa, Cytronberg sądzi, że należałoby zachować pewną wstrzemięźliwość w ocenie dobrych wyników stosowanej metody. Nie jest wykluczone, że zabieg chirurgiczny umożliwił celowe zastosowanie promieni rentg. i spowodował dobry wynik. Przypadki nowotworu przewodu pokarmowego, leczone przez dłuższy czas z dobrym wynikiem promieniami rentg., nie należą znowu do tak wielkich rzadkości, by móc z całą pewnością wyłączyć możliwość skutecznego działania promieni rentg. i w tym przypadku. Co do stosowania soli ciężkich metali, C. odmawia im dominującej roli z powodu nie zadawalniającego stanu tego sposobu

leczenia raków. W przypadku Goldsteina istniały znaczne dolegliwości w nadbrzuszu przy istnieniu schorzenia w dolnym odcinku jelita grubego Bóle w górnej części brzucha były spowodowane częściowo przez zwężenie niezupełne górnej pętli czczego, częściowo przez czynniki nerwowo-odruchowe i humoralne, o których mówił na wstępie odnośnie do odczytu Wejnerta. Po przemówieniu R ó b i n a, który dziękował prelegentowi i mówcom w dyskusji za obszerne i szczegółowe omówienie kwestji nowotworów jelit, rzadko będącej tematem obrad, a tak żywotnej i ważnej dla gastrologa, oraz—odpowiedzi prelegenta Wejnerta obrady zamknięto.

Wiadomości różne.

Autorzy, nadsyłający prace do umieszczenia w „Gastrologji Polskiej", są proszeni o załączanie któtkiego streszczenia w jednym z języków obcych.

—o—

Redakcja „Index Analiticus Cancerologiae" prosi pp. autorów prac, dotyczących nowotworów, o przesyłanie odbitek (ewentualnie streszczeń w języku francuskim) pod adresem: Dr. Sterling-Okuniewski, Marszałkowska 41, lub Dr. Wejnert, Marszałkowska 73.

—o—

Wkrótce zacznie wychodzić w Przemyślu dwutygodnik informacyjno-gospodarczy p. t. „INFORMATOR". Czasopismo to jako fachowe, a zatem bezpartyjne, służyć będzie całemu społeczeństwu. Adres redakcji: Przemyśl, ul. Potockiego 10 (Telefon 260), adres administracji: ul. Mickiewicza 15 (Telefon 490).

—o—

Redakcja otrzymała: Sterling-Okuniewski: De la dilatation idiopathique de l'oesophage.

Cytronberg: 1) Przyczynek do wczesnego rozpoznawania raka przewodu pokarmowego. 2) Wpływ poszczególnych składników chemicznych zawartości żołądkowej na ukształtowanie się jej właściwości fizyczno-chemicznych. 3) Badanie sprawności czynnościowej żołądka przy pomocy metod fizyczno-chemicznych.

Resumèes.

Die Bedeutung dcr Leberinsufficienz für die Klinik und Therapie der Erkrankngen der Gallenwege.
von Dr. Ludwik Justman (Warszawa).

Es besteht kein Zweifel, dass die Leberinsuffizienz in dem klinischen Bild der Gallenwegeerkrankungen eine massgebende Rolle spielt. Die Mannigfalltigkeit der Aufgaben, die die Leber zu überwaehltigen hat, bringen es mit sich, dass die rechtfertige Feststellung der Insufficienzerscheinungen mit grossen schwierigkeiten verbunden ist. Weder die Laboratoriumsuntersuchungen geben uns ein klares Bild, noch das Tierexperiment, da ein direktes Übertragen der experlmentellen Ergebnisse auf die klinischen Befunde unstatlos ist. Es wird Arbeit der Leber bei der Verarbeitung der Hauptnahrstoffe besprochen und therapeutisch-dietetischen Indikationen damit begründet. Insensondere ist es angezeigt die volkstümlichen Mittel genau zu beachten, da zwischen den vielen in der Volksmedizin gebrauchten Kräutern sich manche finden, seiner Wirkung als praktisch bowiesen betrachtet werden kann. Es ist höchste Zeit zur wissenschaftlichen Bearbeitung dieser Frage — und nur in dieser Weise können wir hoffen das Kurpfuschertum erfolgreich bekämpfen zu können.

Über die Sondierung des Dünn. — und Dickdarmes.
Dr. N. Mesz und Dr. M. Orzech.

Bisher war es nur indirekt und unzureichend möglich den Duodenalsaft mittels Lebermassage und Oeldarreichung zu gewinnen. Es war also ein grosser Verdienst von Einhorn das Eindringen in die Därme mittels Sonde zu ermöglichen.

Um über das Duodenum in den Dünn — und Dickdarm vorzudringen, konstruierte E. eine zusammengesetzte Darmsonde, die aus einigen Duodenalsonden sich zusammenfügen lässt. Gehäufte Roentgenaufnahmen unterrichten jedes mal über die Lage der Oliva. Mittels dieser Sonde wird der Verlauf der

Därme veranschaulicht, auch ermöglicht dieses Verfahren medikamentös einen beliebigen Abschnitt des Dickdarmes nzugreifen.

Es wird über einen Fall von Colitis ulcerosa berichtet, in dem die Methode angewandt wurde. Die beiliegende Aufnahme zeigt sehr genau d. Verlauf der Därme.

Le cancer des intestins.

Par le dr. Wejnert.

L'auteur, s'appuyant sur les nombreuses statistiques polonaises et étrangères, nous parle de la fréquence du cancer dans les différentes parties des intestins, et des résultats du traitement chirurgique et actinoterapeutique. Puisque ces résultats sont beaucoup meilleurs dans les périodes précoces, que dans les cas déjà avancés, il faut de toutes nos forces tachez de reconnaitre la maladie le plus tôt possible et d'en inervénir, ce qui permetterait de sauver un grand nombre des malades.

Les médecins, ayant le plus léger soupcon du cancer des intestins, ont le devoir d'appliquer tous les moyens possibles de la science, servants à le réconnaitre où bien ils doivent diriger les malades dans les centres anticancereux et chez les spécialistes.

L'auteur finit, en parlant de toute une serie de differents symptomes précoces qui doivent suggerer l'idée de l'existence du cancer.

Quelques observations sur la psychogénèse et l'efficacité de la psychoterapie dans les maladiés de l'appareil digestif.

par Dr. I. Grundzach.

L'auteur discute dans son étude le probléme du rapport des maux organiques aux maux dits fonctionels, la patogénése psychogénétique des maladies de l'appareil digestif et les complications des maladies organiques sous la forme des maux sécondaires de provenance psychonerveuse. L'auteur base son argumentation sur la litterature de l'objet et sur ses propres observations et dans ses conclusions il se prononce pour l'application des methodes psycho-therapeutiques a coté des autres, appliquées universellement.

Aûtoreferatoj en esperanto.

Kankro d'intestoj.
de D-ro Br. Wejnert (Warszawa).

Autoro, apogante sin sur multaj statistikoj polaj kaj eksterlandaj, priparolas la oftecon de kankro en diversaj partoj d'intestoj kaj la rezujtatojn de hhirurgia interveno kaj d'aktinoterapio.

Char la rezultatoj estas multe plibonaj en frua periodo, ol en posta, oni devas chiuforte peni diagnozi la malsanon kiel eble plej frue kaj interveni, char tio permesas al ni savi grandan nombron de pacientoj.

Se kuracisto havas ech plej malgrandan suspekton pri kankra intesto, li devas tuj apliki chiujn ekzistantajn diagnozilojn au direkti pacienton al kontraukankraj centroj au al specialistoj.

Autoro citas tutan serion de diversaj fruaj simptomoj, kiu devas sugestii ideon de kankro.

Kelkaj observoj pri la psihhogenezo kaj efiko de psihhoterapio che malsanoj de la digesta kanalo.
De D-ro J. Grundzach (Varsovio).

Autoro tushas la problemon de rilato inter organaj kaj t. n, funkciaj malsanoj, plue la psihhogenan patogenezon de la nomitaj malsanoj kaj komplikajhojn che organaj malsanoj sub formo de sekundariaj malordoj de psihhonerva deveno.

Autoro apogas sin sur la koncerna literaturo kaj sur propraj observoj kaj kunkludas, ke oni devas nepre en tiuj kazoj aplikadi psihhoterapiajn metodojn, krom aliaj ghenerale uzataj.

Pri sondado de maldikaj kaj dikaj intestoj.
de D-ro N. Mesz kaj D-ro M. Orzech (Varsovio).

Ghis nun ni povis ricevi duodenan sukon nur nerekte kaj en nesuficha kvanto per helpo de hepatomasagho kaj oleo. Estas do granda merito de Einhorn, kiu ebligis enpenetron de la sondo en intestojn.

Por atingi tra la duodeno la maldikajn kaj dikajn intestojn, Einhorn konstruis sondon kombinitan el kelkaj duodenaj sondoj. Pliaj rentgenesploroj montras chiufoje la lokon, kie trovighas la sonda olivo. Dank al tiu sondo ni okulvidas la kuron de intestoj kaj povas chiun necesan parton de kojlono atingi per kuraciloj.

Autoroj priskribas kazon de „colitis ulcerosa", en kiu ili aplikis la supran metodon.

Almetita rentgenogramo tre ekzakte montras la kuron de intestoj.

La signifo de hepata nesuficheco por la kliniko kaj terapio de galvojaj malordoj.

de D-ro Ludwik Justman (Warszawa).

Ekzistas nenia dubo, ke la hepata nesuficheco ludas gravan rolon en la klinika bildo de galvojaj malsanoj. La diverseco da taskoj hepataj sekvigas, ke ghustatempa ekkono de nesufichecaj simptomoj estas ligita kun grandaj malfacilajhojn. Nek laboratoriaj esploroj, nek besteksperimentoj donas al ni klaran bildon, char direkta transporto de la lastaj en la klinikon ne estas ebla.

Autoro priparolas la laboron de hepato che digesto de chefaj nutraj unuoj kaj donas terapi — dietajn indikojn.

Precipe estas necesa plibona pristudo de popolaj rimedoj, char inter multnombre uzataj en la popola medicino herboj trovighas kelkaj, kies efiko estas praktike sendube pruvita. Venis delonge tempo science prilabori tiun demandon kaj nur tiamaniere ni povas esperi kontraubatali sukcese fushkuracadon.
